

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra primární pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Výchova a vzdělávání hospitalizovaných dětí

Education of hospitalized children

Veronika Juránová

Vedoucí práce: PhDr. Jana Stará, Ph.D.

Studijní program: Učitelství pro základní školy

Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň základní školy

2019

Odevzdáním této diplomové práce na téma Výchova a vzdělávání hospitalizovaných dětí potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 7. 2019

Ráda bych poděkovala PhDr. Janě Staré, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, laskavý přístup a poskytování cenných rad. Dále patří obrovské díky všem osloveným respondentům, kteří byli ochotni mi věnovat svůj čas. V neposlední řadě děkuji celé své rodině a svému příteli za veškerou podporu a velkou míru trpělivosti.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou potřeb hospitalizovaných dětí mladšího školního věku, výchovnými postoji k nim a vzdělávacím procesem ve škole při nemocnici. Pozornost je věnována zejména sociálním a vzdělávacím potřebám hospitalizovaných dětí. Cílem práce je shromáždit odborné poznatky vážící se k aspektům dlouhodobé hospitalizace dítěte a zhodnotit, jaká je realita vzdělávacího procesu školy při nemocnici, ve které mi bylo umožněno provést výzkumné šetření.

Teoretická část nejprve vymezuje charakteristiku tělesného a duševního vývoje dítěte mladšího školního věku. Dále se teoretická část zabývá různými aspekty, které s sebou přináší hospitalizace dítěte, a to zejména ve vztahu k jeho rodině a školnímu životu. V empirické části je uplatněn kvalitativní výzkum, který prostřednictvím rozhovorů a pozorování zkoumá, jak děti vzdělávání v rámci školy při nemocnici hodnotí, jak je výuka organizována a jak probíhá komunikace s kmenovou třídou dětského pacienta.

Výzkumné šetření ukázalo, že respondované děti mají k výuce v nemocnici velmi pozitivní vztah, a to zejména díky individuálnímu přístupu nemocničních pedagogů, na kterém je výuka v nemocnici založena. Na druhou stranu však dětem chybí kolektiv, který jim jejich kmenová třída poskytuje. Učitel v nemocnici musí být ve svém plánování výuky flexibilní a musí volit vhodné metody výuky s ohledem na zdravotní stav pacienta. Výuku také přizpůsobuje požadavkům učitele z kmenové školy žáka, se kterým sdílí klasifikaci a další informace dle individuálních potřeb.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hospitalizace, škola při nemocnici, vzdělávání v nemocnici, sociální a vzdělávací potřeby, rodina

ABSTRACT

The diploma thesis deals with needs of hospitalized school-age children, attitudes towards rearing of these children and education in a hospital school. Attention is paid mainly to social and educational needs of hospitalized children. The aim of the diploma thesis is to collect expertise related to the aspects of long-term hospitalization of a child and evaluate the reality of the education in the hospital school where the research took place.

Firstly, the theoretical part defines the characteristics of physical and mental development of a school-age child. Furthermore, the theoretical part deals with various aspects of hospitalization of a child, especially in relation to his family and school life. In the empirical part, the qualitative research through interviews and observation is applied. It concentrates on how hospitalized children assess education in hospital schools, how the hospital schooling is organized and how the hospital school communicates with the school where a patient goes to.

The research has shown that the respondents have a very positive attitude towards education in the hospital school, especially due to the individual approach of hospital teachers. On the other hand, they lack a collective from the school they normally go to. Moreover, a hospital teacher must be flexible in his/her teaching planning and has to choose appropriate teaching methods considering the patient's health. He/she also adapts lessons to the requirements of the teacher from pupil's primary school, with whom he/she shares classification and other information according to the individual needs.

KEYWORDS

Hospitalization, hospital school, education in a hospital, social and educational needs, family

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 7 |
| 1 Dítě školního věku | 9 |
| 1.1 Charakteristika tělesného vývoje | 9 |
| 1.2 Charakteristika psychického vývoje | 10 |
| 2 Hospitalizace dítěte | 13 |
| 2.1 Základní psychické potřeby..... | 13 |
| 2.2 Nejčastější onemocnění v dětském věku..... | 15 |
| 2.2.1 Specifika onkologicky nemocných dětí | 18 |
| 2.3 Dětské úrazy | 19 |
| 2.4 Běžné výkony na dětských odděleních | 20 |
| 2.5 Nástup do nemocnice | 21 |
| 2.6 Pobyt dítěte v nemocnici | 23 |
| 2.6.1 Režim a materiální vybavení na dětském oddělení | 23 |
| 2.6.2 Vlastní prožívání nemoci | 25 |
| 2.6.3 Hospitalismus a psychická deprivace | 28 |
| 2.7 Rodina hospitalizovaného dítěte..... | 30 |
| 2.7.1 Výchovné postoje rodičů | 30 |
| 2.7.2 Význam rodiny v průběhu hospitalizace..... | 32 |
| 3 Základní škola při nemocnici..... | 35 |
| 3.1 Význam výuky v nemocnici..... | 35 |
| 3.2 Vzdělávání hospitalizovaných dětí | 37 |
| 4 Legislativa..... | 42 |
| 4.1 Charta EACH..... | 42 |
| 5 Výzkumná část..... | 43 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1 | Kvalitativní výzkum..... | 43 |
| 5.2 | Charakteristika zkoumané problematiky..... | 44 |
| 5.3 | Výzkumné otázky | 44 |
| 5.4 | Výzkumný vzorek..... | 45 |
| 5.5 | Sběr dat..... | 45 |
| 5.6 | Metody získávání dat | 46 |
| 5.6.1 | Rozhovor | 47 |
| 5.6.2 | Pozorování..... | 50 |
| 5.7 | Charakteristika respondentů | 50 |
| 5.7.1 | Hospitalizované děti | 50 |
| 5.7.2 | Paní učitelka | 51 |
| 5.8 | Interpretace výzkumného šetření..... | 51 |
| 5.8.1 | Analýza rozhovorů: Vztah dětí k výuce v nemocnici..... | 51 |
| 5.8.2 | Analýza rozhovorů: Organizace výuky v nemocnici..... | 53 |
| 5.8.3 | Analýza rozhovorů: Komunikace s kmenovou třídou dětského pacienta..... | 55 |
| 5.8.4 | Interpretace pozorování..... | 56 |
| 5.9 | Výzkumná zjištění | 58 |
| | Diskuze..... | 61 |
| | Závěr | 64 |
| | Seznam použitých informačních zdrojů..... | 66 |
| | Seznam příloh | 69 |

Úvod

Při hledání tématu mé diplomové práce jsem uvažovala především nad tím, jaká témata jsou v dnešní době aktuální. Zároveň jsem si chtěla zvolit téma, které není v rámci široké veřejnosti příliš probírané, a které by mi tak umožnilo zvýšit povědomí o dané problematice nejen sobě, ale každému, kdo si tuto práci přečte. Shromáždit poznatky o tématu takové povahy je pak pro badatele nejen nelehkým úkolem, ale zároveň výzvou. Téma výchovy a vzdělávání hospitalizovaných dětí považuji za téma aktuální v každé době, proto si myslím, že je záhodno zvyšovat informovanost v této oblasti. Jelikož tato práce svým tématem přesahuje prostředí školních lavic běžné školy, je určena nejen pedagogům, ale i rodinám a blízkým lidem dětských pacientů - zkrátka všem, kterých se tato problematika týká ať už v profesním, nebo osobním životě.

Ke zvolení tohoto tématu mne vedlo také to, že jsem neměla dostatečnou představu o tom, jak se liší činnost pedagoga v nemocnici ve srovnání s výchovně-vzdělávacím působením pedagoga v běžné škole. Jelikož je v případě hospitalizace dítěte nutná spolupráce mezi učitelem ve škole při nemocnici a učitelem z kmenové třídy žáka, je velmi přínosné, pokud má i učitel v běžné škole alespoň částečnou představu o tom, jak výuka v nemocnici probíhá. Zároveň je důležité si uvědomit, že na dítě během jeho pobytu v nemocnici kromě zdravotnického personálu a učitele významně působí také jeho rodina, která má neopomenutelný vliv na to, jak dítě celou situaci prožívá. Je prokázáno, že i psychický stav pacienta výrazně ovlivňuje celkový průběh léčby, a proto je nutné, aby k dítěti bylo citlivě přistupováno se zřetelem na jeho potřeby.

Práce se konkrétně soustředí na děti mladšího školního věku, tedy žáky prvního stupně základní školy. Teoretická část nejprve obecně charakterizuje specifika dítěte mladšího školního věku z vývojového hlediska, neboť změny, kterými dítě v tomto vývojovém stádiu prochází, úzce souvisí s tím, jak se mění jeho potřeby a jaké přístupy dítě od svého okolí vyžaduje. Dále se práce zabývá hospitalizací dítěte a aspekty s ní spojenými. Pořadí jednotlivých kapitol je uspořádáno tak, aby byly čtenáři přiblíženy etapy, kterými hospitalizované dítě postupně prochází, v logické návaznosti, a podaly tak srozumitelný přehled o dané problematice. Značná část je věnována také rodině dětského pacienta, která je i v průběhu hospitalizace nejdůležitějším výchovně působícím činitelem a oporou dítěte.

Dále je práce zaměřena na výchovně-vzdělávací složku během pobytu v nemocnici, tedy na význam výuky a roli učitele ve škole při nemocnici.

Empirická část pak volně navazuje na vzdělávací proces ve škole při nemocnici. Výzkumné šetření vedené formou rozhovorů a pozorováním zjišťuje, jaký mají onkologicky nemocné děti vztah k výuce v nemocnici, jak je výuka organizována a jak probíhá komunikace pedagoga ve škole při nemocnici s třídním učitelem z žákovy kmenové třídy.

Doufám, že shromážděné teoretické poznatky a závěry výzkumného šetření budou užitečné nejen pro současné pedagogy, ale i pro další studenty a výzkumníky, kteří se o tuto problematiku zajímají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dítě školního věku

Školní věk je zpravidla rozdělován na mladší školní věk a starší školní věk (Valenta et al. 2008, Kotulán et al. 2012). Někteří autoři uvádí také pojem střední školní věk (Matějček 2001, Dunovský et al. 1999). Následující oddíly této kapitoly se zabývají stručnou charakteristikou tělesného a psychického vývoje především dítěte mladšího a středního školního věku, tedy dítěte na prvním stupni základní školy.

1.1 Charakteristika tělesného vývoje

Na rozhraní věku předškolního a školního, tedy přibližně v šestém roce života, nastává u dítěte tzv. první proměna postavy. Dochází k výraznému rozvoji kostí hlavy a následnému zvýraznění rysů obličeje. Také dochází k protažení trupu, prodloužení a zeštíhlení končetin, zúžení v pase a úbytku podkožního tuku. Díky těmto změnám ztrácí dítě svou obvyklou předškolní baculatost a během přibližně dvou let dochází ke změně jeho celkového vzhledu (Kotulán et al. 2012). Z psychologického hlediska se termín mladší školní věk užívá pro děti staré 6 až 9 let. Toto období je též označováno jako tzv. první období vytáhlosti, pro které je charakteristické přechodné uvolnění pohybové soustavy a přestavba těla (Matějček 2001). Dochází také ke zdokonalování hrubé i jemné motoriky. Děti jeví větší zájem o sportovní a pohybové aktivity a v kolektivu získávají na oblibě tělesná síla a obratnost (Valenta et al. 2008). S tímto tělesným vývojem úzce souvisí vstup dítěte do školy, kde se setkává s novým kolektivem. Během školního roku pak převládají kolektivní pohybové hry, kde se zejména u chlapců projevuje soutěživost. Naopak u dívek nehraje v kolektivu velkou roli motorická vyspělost, nýbrž otázka vzhledu, která může být často příčinou pocitu méněcennosti (Matějček 2001).

Během středního školního věku, který trvá od 9 do 12 let, nastává v tělesném vývoji pohybová vyrovnanost a dítě dosahuje až překvapivých výkonů v rámci tělesných aktivit. U chlapců dochází velice často až k nepřiměřeným tělesným výkonům (Matějček 2001). Pozdější fáze školního věku bývá označována jako dospívání, kdy dochází k rychlému růstu, rozvoji koordinace a smyslu pro rovnováhu. Zároveň dochází k rozdílným

ve formování mužského a ženského těla, tedy výrazné pohlavní odlišnosti (Valenta et al. 2008).

Opakované výzkumy prokázaly, že značný vliv na růst a vývoj dítěte mají sociální podmínky, ve kterých žije. Čím je sociální úroveň rodiny nižší, tím pomaleji dítě roste a vyvíjí se. To se týká i celkové životní úrovně země. Bylo například prokázáno, že války a hospodářské krize byly v minulosti příčinou zpomalení vývoje dětí. Značný vliv na růst má také prostředí, ve kterém dítě žije. Děti žijící ve městech rostou mnohem rychleji než děti, které žijí na venkově. Zároveň je prokázáno, že růst dětí je v dnešní době rychlejší, než tomu bylo před desítkami let. Toto urychlování růstu je označováno jako tzv. sekulární trend ve vývoji. Jedním z důkazů je například první menstruace (tzv. menarche), která u dívek v dnešní době nastává obvykle do 13. roku, zatímco před 100 lety se u dívek běžně dostavila až po 16. roce života. Za příčinu tohoto sekulárního trendu ve vývoji je považována především vyšší kvalita výživy a zlepšení sociálních podmínek. Zároveň se předpokládá, že dnešní strava obsahuje mnoho látek, které stimulují růst. Takovými látkami jsou například cukry nebo antibiotika. (Kotulán et al. 2012). Zahálková (2000) upozorňuje, že normy pro hodnocení růstu a vývoje je potřeba pravidelně aktualizovat a není možné je aplikovat na děti jiných etnických skupin.

Výživa, pohybová aktivita, životospráva a jiné vnější faktory mohou také zapříčinit poruchy růstu. Dalšími důvody pak můžou být faktory genetické, kdy je vzrůst dítěte ovlivněn výškou rodičů; různá chronická onemocnění nebo patologické stavy ovlivňující růst – zejména dysplazie (Zahálková 2000).

1.2 Charakteristika psychického vývoje

Zhruba v šesti letech je obvykle většina dětí připravena na školní docházku a nároky, které s sebou přináší (Helus 2004). Velkým mezníkem v tomto období je tedy vstup dítěte do školy, kde se ocitá v nové společnosti. Matějček (2001) charakterizuje tuto změnu jako rozšíření společenského okruhu dítěte, ve kterém se dítě setkává a vyrovnává s novými nároky a povinnostmi. Dítě tak přebírá roli školáka, který se stává méně závislým na rodině a buduje si nové přátelské vztahy se svými novými spolužáky (Matějček 2001). Ve školním prostředí se dítě v rámci školních předmětů setkává s novými činnostmi, které

rozvíjejí všechny aspekty jeho osobnosti. Tím zároveň dochází k uspokojování mnoha potřeb dítěte, jako je například potřeba získání úspěchu, uznání a nových dovedností (Čáp a Mareš 2001). V rámci vývojové psychologie je toto období označováno také jako tzv. období realizmu. Dítě se snaží najít svůj vzor, kterým se stává často učitel, a bojuje o svou pozici v novém kolektivu. Pro jeho harmonický rozvoj osobnosti je potřeba jej podporovat, chválit a motivovat. Neděje-li se tak, mohou se dostavit pocity méněcennosti, které si s sebou dítě mnohdy může nést po zbytek života. Tomu je potřeba věnovat zvláštní pozornost zejména u dětí s tělesným či duševním postižením (Plevová a Slowik 2010).

V tomto období dochází k rozšiřování slovní zásoby a to nejen poznáváním nových slov, ale také osvojováním nových významů již známých slov. Dítě používá delší a gramaticky složitější věty a posouvá tak své komunikační schopnosti na vyšší úroveň. Na vyšší úroveň se dostávají také artikulační schopnosti. Všechny tyto aspekty vytvářejí u nových školáků značné individuální rozdíly (Langmeier, Krejčířová in Plevová a Slowik 2010).

Myšlení dětí se v tomto věku dostává na úroveň konkrétních logických operací. Dítě je v takovém stádiu schopné rozlišovat a třídit osoby, předměty či jevy na základě různých kritérií. Také se u něj rozvíjí tzv. inkluze (zahrnutí), tedy schopnost sloučit do společné kategorie například jevy, které mají něco společného. Oproti předškolnímu věku dokáže nahlížet na určité jevy z různých úhlů pohledu, což mu umožňuje lépe porozumět také přírodě a společnosti (Helus 2004). Rozvíjí se smyslové vnímání, logické myšlení a dochází ke stabilizaci krátkodobé i dlouhodobé paměti. Po dítěti je vyžadováno plánovité a záměrné učení se, které bylo v předškolním období pouze nahodilé. Významnou roli tedy vedle hry získává také práce, kdy se dítě musí naučit vykonávat činnosti, které nevyžadují ony samy, nýbrž jejich okolí. Význam hry se však nedostává do pozadí, děti začínají preferovat složitější hry a rády soutěží. Nový kolektiv učí děti jak komunikovat, spolupracovat i soutěžit a zastávat se slabších. Zároveň se u dítěte vytváří stabilní hodnoty na základě morálních norem (Valenta et al. 2008). Přestože je dítě stále velmi závislé na rodičích, je ovlivňováno názory a postoji nového kolektivu, který jej obklopuje. Je proto žádoucí, aby se s tímto kolektivem rodiče seznámili a zajímali se o nové přátele svých dětí (Špaňhelová in Plevová a Slowik 2010).

V dalších fázích školního věku se postupně rozšiřují a diferencují zájmy dítěte, což zároveň vyžaduje nutnost jeho zájmy usměrňovat, aby byly v souladu s jeho schopnostmi i možnostmi. Mezi časté patří například zájem o sběratelskou činnost, přírodu, četbu a moderní technologie. Zejména dětem, u kterých se vyskytuje tělesný handicap, je potřeba nabídnout škálu možností, kam směřovat svůj zájem (Matějček 2001).

Vztah mezi dítětem a rodiči se stále vyvíjí a je nutné, aby byl otevřený stejně jako v předchozích vývojových etapách. V této vývojové etapě se dítě učí sdělovat pravdu a má být poučeno o tom, že nemá lhát. Ke komunikaci by měli mít rodiče se svými dětmi vyhrazený čas jen pro sebe, aby měli dostatek prostoru si povídat. Dítě ve školním věku má obvykle spoustu otázek, na které potřebuje znát odpověď od autority, kterou pro něj rodič představuje. Rodiče by měli své dítě povzbuzovat a podporovat jeho zájmy a znalosti. Zároveň by měli dítěti dát dostatek prostoru pro rozhodování se (Plevová a Slowik 2010).

Velkou roli hraje u dětí také jejich strach. Valenta et al. (2008) uvádí, že strach u dětí je naprosto typickou složkou normálního vývoje. Jedná se o cit, jehož původní funkce byla člověka ochránit před nebezpečím. Uvědomování si původu strachu a jeho potlačování je důležitou složkou v procesu učení. To, z čeho mají děti strach, souvisí především s jejich věkem. Každé vývojové období v životě dítěte s sebou přináší různé podněty, které strach vyvolávají. Strach ze smrti, kterou dítě obvykle personifikuje, obvykle nastává až po osmém roce života. Během dospívání děti naopak reagují pocity úzkosti například v situacích, kdy mají veřejně vystoupit před publikem, nebo změnit bydliště či školu. Strach je však nedílnou součástí vývoje. K jeho překonání mnohdy pomáhá získání nových zkušeností nebo pomoc dospělého (Valenta et al. 2008). Není výjimkou, že se dítě za svůj strach stydí a bojí se, že pokud by se svěřilo dospělému, bude terčem posměchu. Proto se děti obvykle svěřují jiným dětem, což na ostatní děti zároveň strach přenáší a děsí se tak navzájem (Plevová a Slowik 2010).

2 Hospitalizace dítěte

„Tělesné postižení nebo nemoc nevytvářejí samy o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci. Taková životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho ovšem i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj postiženého jedince.“ (Matějček, 2001, s. 7)

Nástupem do nemocnice se dítě ocitá ve zcela novém prostředí, na které není zvyklé. Kromě základních psychických potřeb dítěte v obecném měřítku tato kapitola stručně shrnuje nejčastější onemocnění v dětském věku, která bývají důvodem k hospitalizaci. Dále se zabývá pobytem dítěte v nemocnici, kdy se v důsledku více či méně nepříznivých okolností mění jeho sociální potřeby.

2.1 Základní psychické potřeby

Pro zdravý vývoj osobnosti je potřeba, aby docházelo k uspokojování určitých potřeb. Pokud se jedná o potřeby biologické (potrava, teplo atd.), je absolutní uspokojení nutné pro přežití. Existují však i potřeby psychické, které jsou pro zdravý vývoj jedince taktéž nezanedbatelné. Matějček (1992) uvádí jako hlavní psychické potřeby těchto pět:

- Potřeba určitého množství vnějších podnětů, které umožňují aktivizaci osobnosti. Takovéto vnější podněty by měly být proměnlivé a kvalitní.
- Potřeba smysluplného světa, jehož součástí je řád, stálost a smysl v podnětech. Při uspokojování této potřeby lze získávat nové poznatky a pracovní strategie, které jsou základní podmínkou v procesu učení.
- Potřeba emocionálních a sociálních vztahů k primárním vychovatelům, tedy obvykle k matce. Uspokojením této potřeby dochází především k rozvoji životní jistoty.
- Potřeba uplatnění se ve společnosti a následné uvědomění si vlastní identity.
- Potřeba otevřené budoucnosti, která v člověku podněcuje jeho životní aktivitu.

Ačkoli se dá říci, že jsou tyto potřeby obecně platné ve všech kulturách, mnohdy se od sebe lidské kultury liší tím, že každá přikládá větší význam jiné z těchto uvedených potřeb (Matějček 1992).

S vývojem dítěte se současně mění i jeho potřeby. Několik základních potřeb však vyžaduje trvalé uspokojování (Dunovský et al. 1999). V první řadě je potřeba myslet na to, že potřeby nemocných dětí jsou v základu stejné, jako potřeby dětí zdravých (Matějček 2001). Zahálková (2000) zmiňuje základní psychické potřeby dítěte, které jsou mezinárodně definovány (UNESCO) a jejich respektování je nutné pro zdravý vývoj dítěte. Jedná se o následující potřeby:

1. Dítě potřebuje být milováno – potřebuje pocit jistoty, že je žádané a milované. Častý problém nastává v ústavech, kde děti tráví dlouhou dobu bez rodiny. Dítě v útlém věku většinou nedokáže navázat takto blízký vztah s mnoha lidmi, a proto může v důsledku častého střídání se personálu sociálně strádat.
2. Dítě potřebuje být akceptováno – vyžaduje a vynucuje si stálou pozornost. Dítě, které je akceptováno, tento vztah zároveň dotyčnému oplácí a postupně se učí akceptovat celou společnost.
3. Dítě potřebuje bezpečí – potřebuje žít v pokud možno neměnném prostředí, ve kterém se cítí bezpečně a odkud se seznamuje s neznámým světem.
4. Dítě potřebuje vzor – potřebuje se s někým ztotožnit a napodobovat ho.
5. Dítě se potřebuje volně projevovat – především u zdravotně postižených dětí by tato potřeba měla být uspokojena. Dítě potřebuje pochvalu a povzbuzení, proto je potřeba omezit do jisté míry zákazy a tresty.
6. Dítě se potřebuje všestranně rozvíjet – potřebuje, aby mu byly poskytnuty vhodné možnosti, které jsou nezbytné, aby celkový vývoj nebyl opožděn. V nemocničním prostředí může takovýto nedostatek možností vést k tzv. hospitalismu.

K uspokojování těchto potřeb dochází v ideálním případě v rodině dítěte, což ovšem nemusí být pravidlem (Zahálková 2000).

2.2 Nejčastější onemocnění v dětském věku

Zdravotní stav člověka je určován vnitřními a vnějšími faktory. Za vnitřní faktor ovlivňující zdraví jedince je považována především dědičnost, kterou se zabývá například lékařská genetika a mnoho dalších oborů. Za vnější faktory jsou považovány vlivy prostředí, ve kterém žijeme. Dá se ovšem říci, že v praxi je mnohdy nemožné tyto dva faktory rozlišit (Zahálková 2000). Helus (2015) upozorňuje především na neopomenutelný vliv stresu, který u jedince vyvolává psychické i tělesné zdraví až život ohrožující potíže. Uvádí, že v důsledku zvyšující se výkonové a kariérní orientace, nepřiměřených nároků a nestabilních rodinných vztahů je nárůst stresového prožívání od stále mladšího věku. Častým stresujícím prostředím pro dítě bývá také škola, obzvláště v případě, kdy se dítěti s problémy jakékoli povahy nedostává dostatek podpory ze strany rodičů a učitele. Nadměrný stres pak může přerůst do vážného onemocnění. Je tedy významným úkolem učitele, aby dětem zajistil co nejvhodnější prostředí (Helus 2015).

Učitel hraje také velice důležitou roli při včasném rozpoznání nemoci dítěte. Tráví s dětmi hodně času a může si tak na jejich vzhledu či chování všimnout nějakého z příznaků nemoci. Mezi nejčastější patří například:

- bolest;
- ztráta chuti k jídlu;
- zvýšená teplota;
- zvracení;
- kožní projevy;
- modřiny.

Je proto potřeba, aby měl učitel alespoň základní přehled o nejčastějších dětských onemocněních a jejich příznacích (Kotulán et al. 2012). V péči o zdravotně postižené dítě je nezbytný komplexní integrovaný přístup, který je zajištěn týmovou spoluprací, ve které jsou lékař a pedagog nejbližšími spolupracovníky (Zahálková 2000).

Za nejčastější nemoci v dětském věku jsou považovány akutní a chronická onemocnění dýchacích cest, která s sebou velmi často přinášejí dechové obtíže v důsledku otoku

sliznice. Důvodů k propuknutí nemoci dýchacích cest může být celá řada, například genetické predispozice, porucha činnosti orgánů či nízká obranyschopnost (Valenta et al. 2008). Ve většině případů se jedná o infekce virové, v ojedinělých případech je infekce způsobena bakteriemi. Děti jsou oproti dospělým k onemocnění dýchacích cest náchylnější z toho důvodu, že jejich imunitní systém není doposud dostatečně vyzrálý. Významným faktorem jsou také anatomické zvláštnosti dýchacího ústrojí v tomto věku. Podpurnými faktory pro propuknutí onemocnění dýchacích cest jsou především chladné měsíce a pobyt dítěte v kolektivu (Zahálková 2000). Valenta et al. (2008) uvádí jako velmi negativní vliv pasivní kouření, které patří mezi nejvíce nebezpečné vlivy vnějšího prostředí vůbec. Dále je třeba brát v potaz vliv znečištěného ovzduší průmyslových oblastí a možná rizika vzniku alergických reakcí v přírodě. Mezi nejčastější onemocnění dýchacích cest patří rýma, patologicky zvětšená nosní mandle (tzv. adenoidní vegetace), angína a zánět hrtanu (Valenta et al. 2008).

Velmi častá jsou v dětství také urologická onemocnění, která se ve školním věku častěji objevují u dívek. V těchto případech je potřeba důkladně dbát na dostatečný příjem tekutin, zvýšenou péči o osobní hygienu a omezení pohybu. Lékaři pak často nasazují léčbu pomocí antibiotik a dalších léků. Mezi častá urologická onemocnění patří akutní záněty ledvin a močového měchýře a noční enuréza, při které dochází k samovolnému úniku moči během spánku (Valenta et al. 2008).

U dětí ve školním věku se mohou vyskytovat onemocnění zažívacího traktu jako u dospělých. Často se jedná o žaludeční vředy, záněty žlučníku či tlustého střeva. Při bolestech břicha je však potřeba správná diagnostika, neboť u dětí dochází velice často k bolestem břicha, které mají psychogenní příčinu, a nejedná se tedy o orgánovou poruchu. Dítě je podrobeno několika vyšetřením, jejichž výsledek je bez patologického nálezu. V takových případech je nutné zaměřit se na potenciální problémy dítěte, nejčastěji ve škole nebo v rodině. Velice často je k tomu potřeba využít péče odborníků (Valenta et al. 2008). Matějček (2001) upozorňuje na negativní vliv nepříjemné psychické zátěže, která se může stát psychogenní příčinou vzniku vážných onemocnění a poruch. Vedle žaludečních vředů jsou to většinou kardiologická onemocnění, vysoký krevní tlak a kožní choroby (Matějček 2001).

Mezi méně častá, avšak velice vážná onemocnění, patří onemocnění centrálního nervového systému. Jedná se o onemocnění spojená s činností mozku a míchy, která mohou ohrozit pacienta na životě. Mezi taková onemocnění patří například vrozené vývojové vady, epilepsie či zánět mozkových blan (meningitida). Většina nemocí centrálního nervového systému vyžaduje hospitalizaci pacienta a dlouhodobé sledování odborníkem. Mezi nejčastější onemocnění centrálního nervového systému patří dětská mozková obrna. Jedná se o poruchu pohybového systému, která může mít mnoho příčin. Rizikové faktory se mohou projevit ještě před samotným porodem. Takovými faktory mohou být obvykle infekce, nedostatečný příjem živin nebo kyslíku. V prvních fázích života pak může být příčinou nedostatek železa. Děti s dětskou mozkovou obrnou se mohou stát celoživotně ležícími pacienty s poruchou intelektu a častým výskytem epileptických záchvatů. Jsou ale i takové případy dětské mozkové obrny, kdy je intelektová stránka dítěte nenarušena a dítě má minimální poruchy pohybového aparátu, které jej v životě omezují jen minimálně. Toto onemocnění vyžaduje rehabilitační péči a podporu nejen dítěte, ale i jeho okolí (Valenta et al. 2008). Matějček (2001) popisuje především psychický stav dítěte, které trpí nemocí, která je doprovázena záchvaty. Kromě již zmíněné epilepsie se často jedná o afektivní febrilní křeče, dávení, úporné zvracení nebo astmatické záchvaty, méně často o záchvaty srdeční slabosti či dušnost při černém kašli. Dítě při záchvatu většinou zmodrá v obličeji, trpí křečovými stavy a v mnoha případech může dojít i ke ztrátě vědomí. Při pohledu na tento stav se dostávají pocity úzkosti a bezmoci nejen u nemocného, ale i u všech přítomných. Výzkumy dokonce prokázaly, že rodiče nemocných dětí reagují daleko více úzkostně na epileptické záchvaty než na nemoci daleko vážnější a život ohrožující, které se projevují méně nápadně. Pokud se jedná o pacienta, záchvaty jsou po psychické stránce prožívány velice subjektivně, nicméně jsou vždy spojeny s pocity úzkosti, tísně a nejistoty, které mohou výrazně ovlivnit jeho osobnostní vývoj. Negativní pocity neustupují do pozadí ani v době mezi záchvaty, kdy se dítě děsí okamžiku, kdy nastane záchvat další. Takové pocity se projevují podrážděností, náladovostí a vzácněji mohou zapříčinit i vážnější poruchy chování (Matějček 2001).

V ojedinělých případech se u dětí objevují onemocnění srdce a cév, přičemž u starších dětí je to především hypertenze (vysoký krevní tlak). Dále se můžeme výjimečně setkat také

s onemocněním kloubů, jako například revmatickým onemocněním či hypermobilním syndromem, nebo onemocněním žláz s vnitřní sekrecí, mezi která patří nejčastěji cukrovka dětského typu a onemocnění štítné žlázy (Valenta et al. 2008). Zahálková (2000) uvádí, že u dětských pacientů tvoří 90% srdečních onemocnění vrozené vady. Hlavními příznaky onemocnění srdce jsou dušnost a zrychlený tep. Dítě s postižením srdce je oproti vrstevníkům dříve udýchané, vyhledává odpočinek a mnohdy až nesnáší námahu. Kromě vrozených srdečních vad se často může jednat o jiná onemocnění, která vyžadují hospitalizaci. Mezi taková patří například zánětlivá onemocnění srdečního svalu, kardiomyopatie (postižení srdečního svalu) či různé poruchy srdečního rytmu (Zahálková 2000).

Zahálková (2000) také dodává, že v posledních letech dochází ke zvýšenému výskytu ortopedických onemocnění (špatné držení těla a vady páteře) a očních vad. U dětí školního věku se nejčastěji jedná o krátkozrakost. Zároveň v posledních letech stoupl výskyt alergických chorob a cukrovky u dětí. Oproti tomu se však díky očkování výrazně změnilo spektrum infekčních onemocnění. Dříve smrtelné choroby (záškrt, černý kašel, spalničky apod.) již v dnešní době nejsou hrozbou (Zahálková 2000).

2.2.1 Specifika onkologicky nemocných dětí

Bohužel se u dětí můžeme setkat i s nemocemi, u kterých je malá naděje na vyléčení a v mnoha případech končí úmrtím. Mezi taková postižení řadíme například maligní (zhoubné) nádory nebo leukémii. V takových případech je pro pacienta i celou rodinu přínosný styk s rodinami, které se potýkají se stejným nebo podobným problémem. Vzájemné sdílení pocitů, které probíhá v těchto skupinách často pod vedením psychoterapeuta, pro ně bývá po psychické stránce velice prospěšné. Pro psychický stav dítěte je důležité, aby rodiče i vychovatelé nedávali až nepřiměřeně najevo svou lítost a nepodporovali u dítěte strach z nemoci. Vážně nemocné děti si svůj zdravotní stav většinou uvědomují více, než se rodina i zdravotnický personál domnívá. K pochopení skutečnosti smrti u dětí dochází zpravidla ve středním školním věku až pubertě (Matějček 2001). Děti mladšího školního věku většinou přejímají představu smrti z pohádek. Vnímají ji jako kostru s kosou v ruce nebo bubáka (Kübler-Rossová 1992; Malá et al. 2007; Vymětal 2003).

in Plevová a Slowik 2010). Mají často pocit, že se před smrtí mohou schovat. V tomto období většinou projevují zvýšený zájem o to, jak funguje lidské tělo a jaký je život po smrti. Smutek dítěte obvykle trvá jen několik okamžiků a pak se opět vrací zpátky ke hře (Malá et al. 2007 in Plevová a Slowik 2010).

Dle posledních výzkumů je nádorové onemocnění diagnostikováno ročně u 274 dětí do věku 14 let, přičemž nejčastější forma rakoviny, která se v tomto mladém věku vyskytuje (uvádí se zhruba 30%), je akutní lymfoblastická leukémie. Statistiky ovšem uvádějí, že prognóza je ve srovnání s poměrně nedávnou minulostí daleko příznivější. Ještě v 90. letech překonalo onkologické onemocnění necelých 30 % dětí, zatímco v dnešní době rakovinu překoná téměř 90 % dětských pacientů. Doživotní následky však bohužel nejsou výjimkou, ať už se jedná o zdravotní komplikace či nízkou sebedůvěru (Horák 2019).

2.3 Dětské úrazy

Kromě různých onemocnění bývají u dětí velice častou příčinou hospitalizace nebo úmrtí úrazy. Více než polovina z nich je přitom způsobena dopravními nehodami. Zároveň statistiky prokazují, že dětem se přihodí více úrazů doma než v kolektivu. Celkový přehled o dětských úrazech však není příliš přesný, neboť statistiky zahrnují především úrazy dopravní, úrazy ve školách a úrazy smrtelné. Nezbyvá tak než vycházet alespoň z těchto statistik. Zahálková (2000) uvádí stručný přehled nejčastějších dětských úrazů, jejichž znalost je důležitá především pro jejich prevenci. Jedná se o tyto úrazy:

- pády (např. okna, schodiště aj.);
- uklouznutí (např. mokrá podlaha, mokrá tráva, náledí aj.);
- úrazy způsobené teplotou (např. spáleniny, popáleniny, omrzliny aj.);
- úrazy způsobené předměty (např. rozbité sklo, polknutí, vdechnutí aj.);
- otravy (např. čisticí prostředky, léky, uštknutí aj.);
- úrazy způsobené jiným člověkem (např. agresivita spolužáků aj.).

Zároveň je nutné podotknout, že predispozice k úrazům se u jednotlivých dětí liší. Častým faktorem může být kromě zdravotního stavu také únava (Zahálková 2000).

Důležité je si tedy uvědomit, že úrazům se dá předejít, pokud známe jejich okolnosti a nastavíme vhodná preventivní opatření. Ačkoli dětská úmrtnost v důsledku úrazu v České republice v posledních letech klesla, úrazy stále patří mezi nejčastější příčiny dětských úmrtí (Ministerstvo zdravotnictví 2008).

2.4 Běžné výkony na dětských odděleních

Pro správnou diagnostiku většiny dětských onemocnění jsou dětem prováděny různé vyšetřovací metody. Ty lze obecně rozdělit na invazivní, při kterých dochází k narušení celistvosti organismu (krevní odběr, lumbální punkce), a neinvazivní, kdy integrita organismu zůstává nenarušena (odběry moče, výtěr z hrdla). Neinvazivní výkony nebývají bolestivé, avšak pro dítě bývají i přesto děsivé. Proto je na místě dítěti výkon před jeho provedením řádně vysvětlit nebo také ukázat na modelu panenky, aby byl strach z vyšetření překonán. Invazivní vyšetření bývají naopak více či méně bolestivá. Je vhodné, aby bylo dítě předem upozorněno, že pocítí bolest. Zároveň by mělo být ujištěno, že bolest nepotrvá dlouho. V mnoha případech probíhá invazivní vyšetření s využitím znečítlivujícího krému nebo v celkové anestezii nebo v premedikaci. Pro vyšetření se také využívají různé zobrazovací metody. Mezi nejčastější zobrazovací metody patří rentgenologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření, měření krevního tlaku a pulzoxymetrie (Valenta et al. 2008).

Příprava před vyšetřením nebo léčebným zákrokem je velmi ovlivněna časem. Pokud se jedná o akutní stav, kdy je dítě dopraveno do nemocnice ve spěchu, není z pochopitelných důvodů na jakékoli vysvětlování čas. Pokud je o výkonu rozhodnuto v předstihu, měl by lékař dítěti i rodičům objasnit důvod k zákroku a snažit se je uklidnit. S dítětem je potřeba mluvit na jeho intelektuální úrovni. Proto není moudré vysvětlovat podrobné anatomické a fyziologické záležitosti. Zároveň by měli lékař i rodiče s dítětem o zákroku mluvit optimisticky, povzbudivě a bez známek lítosti. Rodiče by také neměli zmírňovat nároky na dítě v oblasti kázně a plnění školních povinností, aby dítě nenabylo dojmu, že se blíží něco vážného. Pokud výkon bude prováděn v narkóze (celkové anestezii), je třeba dbát na to, aby pacient chápal její smysl. Zvláště děti ve školním věku se anestezii brání, a pokud jsou následně uspány proti jejich vůli, podléhají pocitům úzkosti, které mnohdy přetrvávají i

dlouhou dobu po operaci. Proto je nutná právě vlídná komunikace před jakýmkoli zákrokem (Matějček 2001).

Z výchovného hlediska Matějček (2001) dodává: „*Setkání dítěte s lékařem je vážnou výchovnou záležitostí a je třeba, aby bylo správně dovedeno do konce. Jestliže léčebný zásah nebo vyšetření byly dobře připraveny a provedeny, dostaví se u dítěte pocit uspokojení jako po dobře vykonané práci. Dítě nabývá sebedůvěry a jistoty. Nové dobré zkušenosti, které získalo, jsou významným přínosem v dalším vývoji jeho osobnosti.*“ (Matějček, 2001, s. 112). Pokud bylo dítě statečné, je na místě pochvala ze strany lékaře, která zpevní jeho kladný postoj k hospitalizaci. Pokud dítě statečné nebylo, je dobré najít alespoň něco, co by lékařské uznání zasloužilo. V žádném případě není vhodné uchýlit se k jakémukoli vytýkání jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany rodičů (Matějček 2001).

2.5 Nástup do nemocnice

Přípravu dítěte na plánovanou hospitalizaci prožívá každá rodina jinak. U dítěte samotného hraje významnou roli jeho vyspělost, věk, samostatnost, schopnost přizpůsobit se novému prostředí a jeho dosavadní zkušenosti s nemocničním prostředím (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015). Obecně však platí, že dětem ve školním věku je potřeba ochotně odpovídat na veškeré otázky, vše jim postupně a s klidným přístupem vysvětlit a budovat ve vztahu vzájemnou důvěru. Tématu hospitalizace je vhodné, pokud to situace dovolí, věnovat se alespoň 2 týdny před příchodem do nemocnice, aby dítě mělo dostatečný čas celou situaci pochopit (Plevová a Slowik 2010). Děti ve školním věku již mají základní představu o tělesných funkcích, jsou zvědavé a chtějí poznávat nové věci. Kromě toho, že chtějí vědět, co se bude dít, kladou také otázky, proč se to bude dít. Kromě dialogu je k pochopení často využíváno různých loutek, plyšových zvířátek, dětského doktorského kufříku nebo atlasu lidského těla. Tento proces má většinou na starosti herní specialista (Valenta et al. 2008).

Rodiče, kteří přivádí své děti do nemocnice, se stejně jako děti jeden od druhého liší a každý z nich vyžaduje jiný přístup. Je proto potřeba, aby lékař zvolil vhodný způsob, jak rodičům informace sdělovat. Zatímco někteří rodiče stojí spíše o uklidnění, jiní se dožadují detailního vysvětlení. Velice důležitý je také přístup lékaře k pacientovi samotnému. Měl

by k němu být zcela upřímný a informovat ho o vyšetřeních a zákrocích, která ho čekají. Především dětem školního věku a starším by měl lékař důvody pobytu v nemocnici důkladně vysvětlit. Důležité je, aby zdůrazňoval především příjemné a pozitivní okolnosti hospitalizace. S tím, aby dětský pacient věděl předem, že ho čeká něco nepříjemného, mnozí rodiče nesouhlasí. Nepříjemná překvapení však mohou mít za následek nejen vztek na lékaře i rodinu, ale i ztrátu důvěry (Matějček 2001). Hirsch (2015) dodává, že upřímná komunikace je nutná i ze strany rodičů pacienta. Nemocné dítě by si mělo být vědomé svého zdravotního stavu a mělo by znát i nepříjemné aspekty spojené s léčbou, která mu má pomoci (nemocniční prostředí, léky, různá vyšetření apod.). I rodiče by se proto měli vyvarovat tvrzení, že výkon či vyšetření nebude bolestivý, přestože tomu tak není. Naopak - i v tomto případě je na místě upřímnost. Zároveň je však důležité, aby rodiče své dítě ujistili, že to bude pouze dočasný stav, a že ho budou doprovázet a podporovat (Hirsch 2015).

Před zahájením léčby dítěte podávají rodiče informovaný souhlas, přičemž stačí souhlas pouze jednoho z nich. Pokud jeden rodič s léčbou dítěte nesouhlasí a druhý ano, rozhodnutí je na lékaři, který musí rozhodnout, co je pro pacienta nejlepší. Zajistit informovaný souhlas s léčbou je povinností každého lékaře. Pacientovi a rodině musí lékař sdělit:

- výsledky vyšetření a stanovenou diagnózu;
- důvod k léčbě;
- popis léčby, její možná rizika a pravděpodobnost úspěšnosti;
- jiné možnosti léčby;
- prognózu v případě, že léčba nebude zahájena.

Pokud je dítě v bezprostředním ohrožení života, léčba je zahájena okamžitě (Plevová a Slowik 2010).

Dále se lékař zajímá o individuální charakter dítěte, jeho zájmy, návyky a denní program. Tím získá obecnou představu o pacientovi, která je přínosná pro další spolupráci. Aby se dítě necítilo příliš osamoceno, je dobré, aby si přineslo z domova nějaký osobní předmět, například oblíbenou hračku, která mu bude domov připomínat. Citová krize nastává u dětí

obvykle po odchodu rodičů, kdy zůstává osamoceno v novém prostředí. Mnohdy se děti obávají, že jsou trestány za něco, co provedly. V takovém případě je nutné, aby byly ujistěny, že tomu tak není, že je rodiče mají rádi a důvody k hospitalizaci jsou pouze důvody zdravotní (Matějček 2001).

Je potřeba si uvědomit, že každá osobnost, a to včetně dětí, je individuální, a proto neexistuje jediný všeobecně platný návod, jak k pacientovi přistoupit. Je však na místě mít povědomí o obecných pravidlech. Taková pravidla pak musí zdravotnický personál přizpůsobit jedinci na základě jeho potřeb, věku a vyspělosti. Mělo by také být samozřejmostí, že členové celého zdravotnického týmu mají kladný vztah k dětem a přistupují k nim mile, laskavě a se zájmem. Tento přístup bude mít pozitivní dopad nejen na současný pobyt dítěte v nemocničním prostředí, ale také na jeho vztah k nemocnici a lékařům, až se uzdraví a případně i při další hospitalizaci (Plevová a Slowik 2010).

2.6 Pobyt dítěte v nemocnici

Během pobytu dítěte v nemocnici je nutné si uvědomit, že kromě samotných zdravotních komplikací vstupují do role i jiné okolnosti. Dítě se ocitá v novém a neznámém prostředí, které pro něj v boji s nepříznivým zdravotním stavem představuje vhodnější prostředí, než jaké by mohla nabídnout domácí ošetrovatelská péče. Nemocnice je tedy pro dětské pacienty místem, kde je vždy po ruce lékařská či psychologická péče a kde je dítě pod stálým dohledem odborníků. Zároveň je však potřeba mít povědomí o možných negativních vlivech pobytu v nemocnici, aby tak bylo snazší najít způsob, jak jim předejít (Matějček 2001).

2.6.1 Režim a materiální vybavení na dětském oddělení

Režim nemocnice i celého výchovného systému jsou velmi důležitým činitelem. Některé děti tráví v nemocnici několik týdnů, měsíců, dokonce i let. Během hospitalizace se tak nachází v uzavřeném prostředí, které jim nahrazuje domov, školu a přátele. Je proto nutné, aby pro ně byl zajištěn vhodný režim a maximálně příjemné prostředí (Kábele et al. 1993). V průběhu hospitalizace dítěte by zároveň mělo být zajištěno několik podmínek, aby docházelo k co nejmenšímu zatěžování jeho centrálního nervového systému. V první řadě

je potřeba dbát na kvalitní spánek dítěte. Tomu by v rámci možností měla být přizpůsobena běžná lékařská vyšetření tak, aby spánek nebyl narušen. Zároveň by mělo být zajištěno, aby se děti vzájemně nebudily pláčem a křikem. Pokud některé z dětí propukne v pláč, je povinností zdravotníka, aby zjistil, jaká je příčina nespokojenosti a odstranil ji. Omezení hluku se však netýká pouze dětského kolektivu, ale také celkového chodu nemocnice. Veškerá zařízení, včetně oken a dveří, by měla být nehlučná. Nemocniční zaměstnanci by také neměli být zbytečně hlasití (Matějček 2001).

Materiální vybavení hraje také významnou roli během léčebné a výchovně vzdělávací péče. Mělo by vyhovovat nejen po stránce účelné a estetické, ale také hygienické (Kábele et al. 1993). Nemocniční pokoj by se v ideálním případě neměl příliš lišit od domova. Měl by být především čistý, útulný a barevný. Naopak by neměl působit hole a chladně, což by se mohlo na dětské psychice projevit negativně. Pokud dětský pacient tráví v nemocnici delší dobu, měl by mu být v nemocničním pokoji zajištěn i kus intimity. V pokoji by neměl chybět noční stolek pro uložení osobních věcí a pracovní stůl s židlí, kde si děti mohou, po lékařském svolení, kreslit a psát. Dětské oddělení by mělo také nabízet dostatek prostoru, hraček a příležitostí k rozvoji dětského poznání a vynalézavosti. Děti by měly být účelně zaměstnávány, aby u nich byla podpořena radost a dobrá nálada, které tvoří významnou složku v celkovém procesu uzdravování. Kdy může pacient trávit čas mimo své lůžko a jaké činnosti smí vykonávat, určuje v každém případě ošetřující lékař (Matějček 2001). Ovšem ani to nejlepší materiální vybavení nezaručuje samo o sobě kvalitní péči. K zajištění kvalitního léčebného a výchovného procesu je jednou z nejdůležitějších podmínek personální vybavení. Kromě odborné kvalifikace je u těchto pracovníků nezbytná obětavost, radost z práce s dětským kolektivem a také jejich osobní předpoklad pro léčebné a výchovně vzdělávací působení na dětské pacienty. Takto schopní pracovníci dovedou naopak zajistit kvalitu léčebného a výchovně vzdělávacího procesu i v méně kvalitních materiálních podmínkách (Kábele et al. 1993). Hospitalizované děti by se zároveň neměly nikdy cítit osaměle. Proto by měla být i organizace prostor uspořádána tak, aby na sebe děti viděly a nepřipadaly si samy. Je prokázáno, že již od kojeneckého věku působí vědomí společnosti na lidskou psychiku kladně. Zvláště pak děti ve školním věku bývají výrazně společenské. V jejich kolektivu vznikají nové přátelské i přechodně

ne přátelské vztahy, zajímají se o sebe navzájem, hrají si a pomáhají si. Zdravotnický tým spolu s herním specialistou a nemocničním pedagogem by měli dohlížet na rozvíjení přátelských vztahů a snažit se vyřešit případné spory v dětském kolektivu. Zároveň je zapotřebí dohlédnout na to, aby se případné nevhodné návyky, které si děti přinesly z domova, v kolektivu nepřenesly na ostatní děti. Každé dítě je výjimečnou osobností s jinými vlastnostmi, zvyklostmi a návyky. Neměly by být například nuceny do jídla, které jim nechutná, nebo zbytečně probouzeny v době, kdy jsou doma zvyklé spát. Nemocniční pokoj spolu sdílí zpravidla 3-4 děti (Matějček 2001).

2.6.2 Vlastní prožívání nemoci

*„Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, u některých závažných či chronických onemocněních i některé rysy osobnosti. Nemoc může zároveň narušit i mezilidské vztahy a změnit sociální situaci nemocného. Hovoříme o **biopsychosociálním modelu člověka**.“* (Čechová, Mellanová a Kučerová, 2004, s. 41)

U tělesně nebo zdravotně postižených dětí je vždy výrazně zasažena jejich psychika. To pak ovlivňuje celkový průběh nemoci, léčbu, výchovu i vzdělávání. Jako první reagují pacienti na změnu rovnováhy v jejich organismu svými emocemi. Nepříznivý zdravotní stav často vyvolává emocionální labilitu, která je obvykle doprovázena náladovostí a vznikem depresí. V takových případech je nutné volit vhodné přístupy k dítěti, které by mohly jeho psychický stav pozitivně ovlivnit a zlepšit (Kábele et al. 1993). Vlastní uvědomění si onemocnění často vyvolává pocity strachu a úzkosti. Tyto emoce jsou si velmi podobné, liší se pouze tím, že v případě prožívání strachu si pacient konkrétně uvědomuje, čeho se bojí. V případě pocitu úzkosti nedochází k uvědomování si konkrétní příčiny, která tuto negativní emoci vyvolává. V některých případech dochází také k pocitům bezmocnosti a beznaděje, které jsou důsledkem představ o neřešitelnosti nepříznivé situace. Takové pocity mohou vést až k apatii, kdy nemocný přestává s nemocí bojovat a ztrácí zájem o cokoli. Běžnou reakcí je také hněv, kdy pacient vnímá svůj osud jako nespravedlivý a zlobí se na něj. Nemocné děti tedy potřebují zvýšenou míru podpory a citové jistoty. Reagují také často zvýšenou fixací na nejbližší osoby, která se může

změnit až v tzv. regresi, kdy dítě začne mít stejné projevy chování, jako když bylo mladší. Fyzická přítomnost blízké osoby jim dodává pocit bezpečí, které je vlastní nemocí ohroženo (Vágnerová 2002). To, jakou pacient zvolí strategii při svém boji s nemocí, je do značné míry ovlivněno tím, zda je nepříjemná situace, ve které se nachází, změnitelná či nikoli. Pokud je situace řešitelná, je potřeba s ní bojovat a pokud změnit nelze (například po amputaci končetiny apod.), je na místě naučit se zvládat své emoce. V takovém případě je nutné volit vhodné způsoby (relaxace, tělesná aktivita apod.) a vyvarovat se naopak způsobům nevhodným (uzavírání se do sebe, neřešení situace apod.), které by mohly celou situaci ještě výrazně zhoršit (Čechová, Mellanová a Kučerová 2004).

V případě, že dítě během své hospitalizace podstoupilo operaci nebo jiný vážný léčebný zákrok, bývají psychické následky také velmi pestré. Zejména u mladších dětí, které nerozumí tomu, proč je pro jejich zdravotní stav zákrok důležitý, se setkáváme s pooperačními psychickými následky velice často. Situaci totiž obvykle vnímají tak, že byly svěřené do lékařské péče „zdravé“ a po léčebném zákroku se najednou cítí nepříjemně. Cítí se tedy mnohdy ublížené či podvedené a i po návratu z nemocnice bývají často zlobivé a vzpurné, jako by se chtěly mstít za nepříjemný prožitek. Zároveň se však snaží svým chováním ujistit, že neztratily pozornost a lásku svých vychovatelů. Jiné děti jsou naopak dlouhodobě apatické a odtahované vůči svým rodičům a odmítají s nimi jakýkoli kontakt. Další obvyklou komplikací jsou noční děsy a noční pomočování. Zejména děti, které prožily celkovou anestezii, se bojí tmy a usínání. Veškeré tyto komplikace je potřeba nepotlačovat a dát dítěti dostatek příležitostí se s těmito následky vyrovnat. Mezi osvědčené metody patří například různé hry, ve kterých lze uplatnit dětskou tvořivost, například hraní si s loutkami, vojáčky nebo kreslení. Zároveň by měly mít dostatek prostoru pro slovní projev, aby své zážitky mohly s někým sdílet. K volnému slovnímu projevu je v některých případech potřeba, aby hovor začal dospělý, který zároveň dítěti naslouchá a vše mu vysvětluje. Obecně lze říci, že dítě v nemocnici by mělo být pokud možno neustále zaměstnáváno, aby se ve své mysli k negativním myšlenkám nevracelo (Matějček 2001). Nezanedbatelný je také vliv nedostatku pohybu, který je obzvláště pro děti velice důležitý. Zejména ty děti, které se necítí příliš nemocné, vnímají klidový režim na lůžku velmi negativně. Omezení pohybu pak mnohdy způsobuje pocity neklidu a napětí,

kteře mohou dokonce vyústit v pacientovo agresivní chování. Je proto potřeba zajistit dítěti během jeho pobytu v nemocnici takový program, který by v rámci možností alespoň částečně uspokojil i potřebu pohybu (Valenta et al. 2008). Na rozdíl od dospělých pacientů mnoho dětí nedokáže sdělit své potřeby, a proto je důležité a nezbytné sledovat jejich chování, neboť je nám často dávají najevo neverbálně (Čechová, Mellanová a Kučerová 2004).

Je tedy zřejmé, že onemocnění nepostihuje pouze konkrétní orgán nebo část těla, ale působí na celý organismus. To, jak se nemoc promítne do chování dítěte, je vždy individuální a shrnout lze tedy jen obecné poznatky. U stejného onemocnění se tak u dětí můžeme setkat s různými reakcemi (Matějček 2001). Křivohlavý (2002) klade v tomto případě důraz na rozdíl mezi chorobou samotnou a zdravotní nepohodou, která ovlivňuje tělesnou, psychickou, sociální i duchovní stránku člověka, a proto je potřeba ji chápat v mnohem širším úhlu (Křivohlavý 2002). Mezi významné faktory ovlivňující vlastní prožívání nemoci patří například inteligence, temperament, povahové rysy (extraverze, introverze apod.) či tzv. frustrační tolerance, kterou lze definovat jako odolnost nervového systému organismu vůči opakovaným negativním prožitkům, které s sebou přináší neuspokojení aktivované duševní potřeby (frustrace). Pokud se frustrace často opakují, dochází obvykle ke snižování frustrační tolerance. V takovém případě pak zároveň hrozí riziko nedostatečného vyvíjení se základních psychických potřeb, přičemž tento následný duševní stav je označován jako psychická deprivace (Matějček 2001).

Lékaři si v dnešní době plně uvědomují, že průběh nemoci a následná léčba úzce souvisí s psychickým stavem pacienta a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje. Z toho důvodu je kladen stále větší důraz na „biopsychosociální“ pojetí nemoci. Ošetřující lékař však bývá zpravidla úzce specializován, a proto není prakticky možné, aby zastal také funkci psychoterapeutickou. Přitom zhruba 10-30% zdravotně postižených dětí se potýká se závažnými psychickými poruchami, které mohou přetrvávat i po zbytek života. Psychoterapeutická péče však ve světě stále není zajišťována v dostatečné míře a lze předpokládat, že požadavky na ni budou v budoucnu narůstat (Langmeier, Balcar a Špitz 2000).

2.6.3 Hospitalismus a psychická deprivace

Od počátku rozvoje dětských nemocnic si pediatri postupně všímali, že zdravotní stav některých dětí se nelepší tak rychle a do takové míry, jak by se podle aplikované léčby dalo předpokládat. V mnoha případech se objevovaly nečekané komplikace, které byly následně vysvětleny jako důsledek oslabeného organismu. Tato snížená odolnost byla zapříčiněna nepříznivým psychickým stavem dětského pacienta. Pro tento jev se ustálil pojem hospitalismus neboli nemocniční nemoc. V posledních letech je však upřednostňováno širší označení – psychická deprivace. Bylo totiž prokázáno, že takovýto hospitalismem netrpí pouze děti v nemocnici, ale všechny, které smyslově či citově strádají. Taková situace nastává nejčastěji v případech, kdy dítě žije v podnětově „ochuzeném“ prostředí bez rodiny, například v ústavu sociální péče nebo dětském domově. Může však nastat i tam, kde je rodina úplná. Taková rodina může sice navenek působit vyrovnaně, avšak vnitřní vztahy mohou být narušeny a dítě se pak cítí stejně citově ochuzené jako v ústavu. Podobně je tak tomu v případech, kdy mají rodiče vážný smyslový defekt (např. neslyšící rodiče) nebo psychickou poruchu. V této souvislosti se hovoří o tzv. rodinném hospitalismu. Zasaženy jsou také rodiny, kde rodiče upřednostňují zaměstnání a na dítě jim nezbývá čas (Matějček 2001).

Helus (2004) rozlišuje ve vývojovém období dítěte, kdy roste význam učení a získávání zkušeností, tyto deprivace:

- Citové a sociální, kdy dítě postrádá podněty nutné pro aktivizaci přijímání a projevování citových vztahů se svými blízkými.
- Senzomotorické, kdy dítěti chybí dostatek pohybu nebo kolem sebe nemá dostatek podnětů, které by rozvíjely jeho smyslové vnímání. Pro takové prostředí je typická absence barev, tvarů a předmětů pro manipulaci.
- Činnostní, kdy dítě postrádá impulzy pobízející k nějaké činnosti, které by rozvíjely jeho orientaci v prostředí.

Takové deprivace (neboli strádání) mohou mít na vývoj dítěte velice negativní dopad (Helus 2004).

Psychická deprivace se tedy projevuje u dětí, kterým se v dostatečné míře nedostávají příležitosti k uspokojování jejich základních psychických potřeb. Je proto zřejmé, že pobyt dítěte v nemocnici s psychickou deprivací úzce souvisí. Nemocnice je totiž primárně zřízena účelově, aby usnadnila průběh léčebných zákroků. Od rodinného prostředí se často liší v tom, že bývá chudší na podněty, které by stimulovaly vývoj dítěte. Je tedy úkolem především výchovných pracovníků, aby tyto nedostatky dětem vynahradili. Prvním předpokladem úspěšné výchovné práce je uvědomění si několika činitelů:

- v jakém vývojovém stádiu se dítě nachází;
- jak vyspělou, vyrovnanou a zkušenou osobností je dítě před hospitalizací;
- jaký je jeho zdravotní problém;
- jak dlouhý je pobyt dítěte v nemocnici.

Dalším předpokladem je přístup k malému pacientovi bez předsudků a protekce. Výchovní pracovníci by neměli věnovat větší pozornost dětem, které jim připadají milejší a přitažlivější. Naopak by se měli zaměřit na děti, které se snaží pozornost upoutat. To se často projevuje úzkostným pláčem nebo afektivním výbuchem, což vychovatele mnohdy odrazuje. Přitom právě tyto děti jejich pozornost obvykle nejvíce potřebují (Matějček 2001). Výzkumy prokázaly, že hospitalizované dítě, které je odloučené od svých blízkých, prochází zpravidla třemi fázemi separačních reakcí. Jedná se o tyto fáze:

1. protest, kdy dítě pláče, vzteká se, dožaduje se matky;
2. zoufalství, kdy se křik vyskytuje ojediněle, dítě je skleslé a sklíčené;
3. „popírání“ touhy po matce, kdy dítě ztrácí zájem o blízký vztah k jakékoli osobě, nebo naopak naváže blízký vztah s jinou osobou, než je jeho matka.

Délka a intenzita těchto separačních reakcí je však u každého dětského pacienta individuální (Valenta et al. 2008).

U dětí školního věku hrozí také nepříznivé důsledky spojené s oblastí školního života. Pokud tráví v nemocnici dlouhou dobu, ztrácí přímý kontakt s vyučováním ve své kmenové třídě a často trpí obavami, že zůstane pozadu. Někdy naopak děti během pobytu v nemocnici zpohodlní, odnaučí se soustavně pracovat a těžko se pak vrací ke svému

původnímu režimu. O to, aby dětem zůstala zachována jejich duševní výkonnost, se zaslouhují především základní školy při nemocnici (Matějček 2001).

2.7 Rodina hospitalizovaného dítěte

Rodina je považována za jakýsi druh lidské pospolitosti, který v průběhu času čelí různým proměnám, problémům a pochybám, ale přesto si bez ní naprostá většina jedinců nedokáže svůj život představit. Je útočištěm domova, které představuje významnou a více či méně stabilní mezilidskou vzájemnost. Jedním z hlavních úkolů rodiny je zaručit svou funkčnost ve vztahu k dítěti tak, aby jim bylo zaručeno vhodné prostředí, které by odpovídalo potřebám pro rozvoj jejich osobnosti (Helus 2015).

2.7.1 Výchovné postoje rodičů

Mezi hlavní znaky rodinné výchovy patří utváření hlubokých citových vztahů mezi vychovatelem a vychovávaným jedincem (dítětem). Pro tento vztah je také typické sdílení jejich životního času a prostoru. Dítě tak získává určité vzorce, které jsou základním předpokladem pro učení se nápodobou, soužitím a společnou činností. Nezanedbatelnou složkou rodinné výchovy je také interakce. Nejedná se totiž o jednostranné působení dospělého na dítě, nýbrž o působení vzájemné. Výchovní postoj dospělého je tedy ovlivňován nejen jeho osobností, inteligencí, vzděláním, systémem hodnot a zkušenostmi z vlastního dětství, ale také dítětem, které je vychováváno (Matějček 1992).

Matějček (2001) klade na význam rodiny velký důraz, neboť ji považuje za první a především nejdůležitější životní prostředí dítěte. V momentě, kdy dojde k poznání, že s dítětem není něco v pořádku, dochází nepochybně k narušení celého rodinného života. Je potřeba upravit dosavadní žebříček hodnot, denní režim a přizpůsobovat plány do budoucna, což je všechno samo o sobě další nová zátěž v životě rodiny a vychovatelů, které je nutno čelit. Okolí by proto mělo být k zasažené rodině maximálně ohleduplné. Od tohoto okamžiku dochází v rodině zároveň k novému období vzájemných vztahů. Rodiče by měli v první řadě přijmout zdravotní stav svého dítěte, k čemuž je často zapotřebí odborné pomoci od psychologů, pedagogů nebo lékařů. Některé rodiny mají na základě povahových vlastností, předchozích zkušeností a systému hodnot větší schopnost přizpůsobit se nepříznivé situaci, jiné rodiny se naopak nedovedou s náročnou životní

situací vyrovnat ani v méně vážných případech (Matějček 2001). Prožívání závažné situace bývá každopádně vždy testem rodinné soudržnosti. Je důležité mít na paměti, že veškeré psychosociální vlivy mohou mít vliv nejen na osobní prožívání nemocného, ale i na průběh jeho nemoci (Vágnerová 2002).

Vztahy v rodině a výchovný postoj, který rodina zaujme, mají tedy zásadní vliv na to, jak dítě svou nemoc prožívá. Bylo prokázáno, že u mladších dětí hraje nejdůležitější roli matka, která tráví obvykle s nemocným dítětem nejvíce času. Tím se její role stává zároveň nejtěžší. U řady matek byl pozorován výskyt neurotických problémů (nespavost, úzkost, bolest hlavy). Naopak silné vazby mezi dítětem a otcem byly pozorovány mnohem méně (Fendrychová a Klimovič et al. 2005 in Plevová a Slowik 2010). Není výjimkou, že rodiče mají sklony k výchovným postojům, které mají na celkovou výchovu jedince spíše negativní dopad. Mezi takové postoje patří nejčastěji:

- Výchova příliš úzkostná – Rodiče se až příliš strachují, jsou na své dítě nezdravě upnutí a bojí se, aby si neublížilo. Následkem toho své dítě omezují v činnostech, které vnímají jako potenciálně nebezpečné. Na tento přístup děti reagují buď protestem, nebo podřízením a ztrátou iniciativy.
- Výchova rozmazlující – V tomto případě se rodiče na své dítě také až příliš upínají, ovšem jiným způsobem. Vzniká zde především citová závislost, která se projevuje až přehnanou chválou, oceňováním a zabraňováním ve společenském osamostatňování. Takto vedená výchova má často za následek ztrátu autority u dítěte, což má nepříznivý dopad na celkový vývoj osobnosti.
- Výchova perfekcionista – Rodiče kladou na své děti přehnané nároky, touží po jejich dokonalosti a snaží se, aby dosáhlo nepřiměřených výkonů. Takto přetěžované dítě pak nemá prostor pro zdravý vývoj jeho osobnosti.
- Výchova protekční – Rodiče chtějí, aby jejich děti dosáhly významných životních hodnot a to bez ohledu na to, jakým způsobem toho dosáhnou. Není pro ně důležitá cesta, nýbrž cíl. Cestu k cíli svým dětem připravují, ve všem jim pomáhají a všechno za něj vyřizují. Tím svému dítěti zabraňují povahově vospět a osamostatnit se.

- **Výchova zavrhuující** – Tento výchovný postoj k dítěti bývá většinou skrytý. Setkáváme se s ní v případech, kdy dítě vzbuzuje svým postižením ve svých rodičích představu neštěstí.

S takovými výchovnými postoji se samozřejmě setkáváme i u zdravých dětí. U zdravotně postižených dětí se však projevují častěji a mohou být nebezpečnějšími. Soustředit se na to, aby výchova dítěti neublížila, není ovšem dostačující. Je nutné se aktivně podílet na tom, aby se dítěti dostávala vhodná pomoc, podpora a aby jeho nedostatky byly naopak potlačovány (Matějček 2001). Každý rodič má sklony k jiné výchově. Primární snahou každého rodiče by však mělo být dítě poznávat a rozumět mu. Podle povahy, zájmů a potřeb dítěte by pak měla být formována i jeho výchova (Matějček a Dytrych 1997).

2.7.2 Význam rodiny v průběhu hospitalizace

„Nemoc dítěte je pro rodiče silnou stresovou situací. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě.“ (Vágnerová, 2002, s. 71)

Nemocné dítě obvykle nerozumí v plném rozsahu povaze svého onemocnění, ani si neuvědomuje, jaká rizika s sebou nemoc přináší do budoucna. Je tedy zřejmé, že konkrétní význam přikládají nemoci na základě postoje a chování svých rodičů (Vágnerová 2002). Až do devadesátých let minulého století byla zásluha rodiny v průběhu léčby značně podceňována. Zdravotnický personál se domníval, že i pro nejmladší pacienty je nejvhodnější, budou-li pouze v péči odborníků. Rodinné návštěvy byly vnímány spíše negativně. Údajně by u dítěte mohly způsobit emocionální rozruch nebo ohrozit zdravotní stav pacienta. Bylo proto zcela běžné, že dítě bylo rodině odebráno a pozornost zdravotníků nebyla věnována jeho emocionálním a sociálním potřebám nebo hrám, nýbrž pouze léčbě samotné (Mareš a Zdeňková 2001 in Dlouhá a Dlouhý et al. 2015).

V dnešní době je však běžné a u malých dětí víceméně samozřejmé, že v indikovaných případech je dítě do nemocnice přijímáno s někým z jeho blízké rodiny, nejčastěji s matkou. U dětí školního věku je však nadále aktuální otázka návštěv. Kontakt dítěte s rodinou bývá obvykle prospěšný a přispívá k jeho psychické pohodě a citovému

uspokojení. Zároveň se děti necítí opuštěné a jsou pravidelně informované o aktuálním dění v jejich domově. U dětí školního věku je také důležitá informovanost ohledně vyučování v jejich kmenové třídě a všeho dalšího se školou spojeného. Výchovní pracovníci by měli aktivně udržovat a podporovat zájem rodiny o hospitalizované dítě. Není totiž výjimkou, že rodiče dlouhodobě hospitalizovaných dětí se s tímto stavem postupně vyrovnávají a dříve či později na své dítě zanevrou. Děti, kterým návštěva nepřišla a děti, které vědí, že nikdy žádná nepřijde, si pak zaslouží zvláštní pozornost. Takové děti mohou žárlit na ty, kterým naopak návštěva přišla. Proto je potřeba je zaujmout spoluprací a hrou, aby jim bylo alespoň částečně vynahrazeno jejich zklamání (Matějček 2001). V některých případech může pomoci také malý dárek nebo zajištění alespoň telefonického či písemného kontaktu s rodinnými příslušníky. Zároveň je vítána pomoc dobrovolníků a herních specialistů, kteří přicházejí k dětem na oddělení s bohatým programem (Čechová et al. 2003 in Plevová a Slowik 2010). Jsou ale i takové případy, kdy zdravotník nedoporučí jak osobní návštěvu, tak komunikaci přes telefon. Jedná se o takové případy, kdy je dětský pacient až příliš úzkostný a ke zhoršení jeho psychického stavu by mohlo přispět už jen to, že svou maminku slyší. Následný hysterický záchvat, skleslost nebo apatie by mohly negativně ovlivnit celkový proces uzdravování (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015).

Na základě poznatků o tom, jak je vzájemný citový vztah mezi matkou a dítětem prospěšný, vzniklo v 50. letech v mnoha zemích tzv. hnutí „neomezených návštěv“. To znamená, že návštěvy rodičů nemají časové omezení. Rodiče mohou naopak přijít za svým dítětem kdykoli a trávit s ním svůj čas například i během ošetřování, kterého se mohou v některých případech kromě sledování dokonce účastnit. Návštěvy rodičů přestaly být vnímány tak negativně a stálý kontakt zdravotnického personálu a rodičů začal být vnímán jako prospěšný pro obě strany. Rodiče oceňují odborné znalosti a schopnosti lékařů, kteří jsou zároveň motivováni k pečlivější a svědomitější práci. Takto intenzivní kontakt s sebou však přináší i rizika konfliktů a obtíží, neboť takovéto soužití se stává po psychické stránce mnohdy náročnější. Dá se tedy říci, že mezi těmito dvěma extrémy, kdy jsou návštěvy buď neomezené, nebo jsou nepovolené, je vhodné volit nějaký kompromis. Z psychologického hlediska je jako nejlepší možnost považována pružná regulace návštěv na základě rozhodnutí vedoucího lékaře. Ten by měl zvážit veškeré okolnosti včetně zdravotního a

psychického stavu pacienta tak, aby návštěva byla vhodná jak z léčebného, tak z výchovného hlediska (Matějček 2001). Bezděková (2007) podotýká, že přestože děti většinou chtějí ze všeho nejvíce mít rodiče u sebe, z psychologického hlediska se nedá považovat za obecně platné, že je stálá přítomnost rodičů prospěšná. Významnou roli hraje v tomto případě také věk dětského pacienta. Zákon o veřejném zdravotním pojištění hradí pobyt rodiče v nemocnici pouze v případě dětí do věku šesti let. V případě starších dětí je pro bezplatný pobyt rodiče potřeba souhlas revizního lékaře, nebo si rodič musí pobyt hradit sám, přičemž cena přistýlky obvykle nepřesahuje 150 Kč na den. To ovšem není pravidlem. V některých případech je potřeba zaplatit ubytování v nadstandardním pokoji, ubytovně nebo na jiném oddělení. Záleží vždy na nemocnici a oddělení, kde je dítě hospitalizováno (Bezděková 2007).

3 Základní škola při nemocnici

Při nemocnicích je obvykle pro děti zřizována také mateřská a základní škola. Děti školního věku se tak v rámci těchto zařízení kromě volnočasových aktivit (hraní stolních her, kreslení, čtení apod.) v nemocnici také učí (Mellanová, Čechová a Rozsypalová 2014). Reakce dětských pacientů na skutečnost, že se během pobytu v nemocnici učí, jsou různé. Některé děti jsou zpočátku zklamané a situaci, že jsou nemocné, vnímají tak, že se přece učit nemusí. Pro jiné děti je však příchod učitele milým překvapením, od kterého nehrozí další bolestivé zákroky. Pokud se učiteli podaří navázat s dětským pacientem úzký vztah, stává se zároveň prostředníkem v komunikaci mezi dítětem a lékařem, což vede (nejen) k jejich lepší spolupráci (Sasín 1965-66 in Dlouhá, Dlouhý et al. 2015).

Z hlediska historického vývoje těchto škol při zdravotnickém zařízení je velmi důležitý rok 1948, kdy vzniká právo na vzdělání všem dětem bez výjimky, tedy i dětem nemocným a postiženým. Do roku 1948 nebyly tyto školy zřizovány v širokém pojetí. Jednalo se pouze o ojedinělé snahy zdravotníků a učitelů, kteří se zasloužili o zřízení několika jednotlivých škol. S prvními snahami o zřízení školy při nemocnici se setkáváme již v roce 1847 v Brně. Není ovšem známo, zda se vyučování opravdu uskutečnilo. Je to však rok, kdy se lékař MUDr. Ferdinand Dvořák a redaktor Jan Ohéřal-Žalkovský jako první v naší zemi snažili zajistit výchovu a vzdělání nemocné mládeže. Školské zákony vznikající po roce 1948 pak nadále plně zahrnovaly do školské soustavy i školy při zdravotnických zařízeních. V dnešní době se tak s mateřskou a základní školou lze setkat téměř při všech dětských zdravotnických zařízeních. Při vhodných podmínkách jsou zřizovány také školní kluby a družiny, které mládeži poskytují výchovu mimoškolní (Kábele et al. 1993).

3.1 Význam výuky v nemocnici

„Účel takového zařízení je v podstatě dvojitý. Předně poskytuje dítěti přiměřené zaměstnání a nejlépe povzbuzuje rozvoj jeho duševních schopností. Za druhé, dítě se ani za pobytu v nemocnici neodcizuje školní práci a udržuje kontakt s výukovým postupem.“ (Matějček, 2001, s. 90)

Školy při nemocnicích již několik let podstatně přispívají (nejen) k psychické pohodě dětí. Především v dobách, kdy nebyly návštěvy na dětském lůžkovém oddělení povoleny, představovala škola při nemocnici místo, kde se dítě střetávalo s civilním světem. Děti byly mnohdy bez svých rodičů i několik týdnů a byl to právě učitel, kdo jim přinášel zábavu, rozptýlení a naslouchal jim. Bohužel však nebylo vždy možné, aby psychicky nestrádalo žádné z dětí, jelikož jich na dětském oddělení bylo mnoho. Ideální nebylo ani vybavení a prostředí škol při nemocnici. Zdi i nábytek byly pouze bílé a pomůcky byly také velmi omezené (učebnice, kousek papíru, kostky apod.). Vše se změnilo k lepšímu na začátku 90. let, kdy zkušenosti z dětských oddělení ze zahraničí přispěly ke změně systému u nás. Matkám byl umožněn pobyt v nemocnici s dítětem a zároveň byly na dětském oddělení povoleny pravidelné návštěvy. Škole byla zároveň dodána potřebná barevnost, výzdoba a technické vybavení (Valenta et al. 2008).

Potřeba vzdělávání během pobytu v nemocnici je větší u dětí, které jsou hospitalizovány dlouhodobě nebo opakovaně. U takových dětí by totiž bez soustavné pedagogické péče během hospitalizace mohly v jejich vědomostech a dovednostech vzniknout obrovské mezery a nedostatky, které by mohly ohrozit jejich celkovou úroveň vzdělání. Takovými dlouhodobě hospitalizovanými pacienty jsou především děti na ortopedických, neurologických, chirurgických a interních odděleních (Kábele et al. 1993). Zaměstnání dítěte školní prací také do jisté míry omezuje zájem dítěte o vlastní tělo. Pozorovat vlastní tělesné pochody a informovat lékaře je sice během hospitalizace velmi důležité, nesmí to však být přehnané (Matějček 2001). Výuka u dlouhodobě hospitalizovaných dětí je kromě pozitivního vlivu na psychický stav dítěte potřebná také proto, aby dítě po odchodu z nemocnice nemuselo doplňovat velké množství učiva a aby neodvyklo svým povinnostem školáka. Není ovšem výjimkou, že si některé děti, které jsou hospitalizovány delší dobu, zvyknou na nízké požadavky a poměrně nenáročné učení. Ve chvíli, kdy se mají vrátit zpět k běžnému režimu a učení, tak nastává obtížná situace, která mnohdy vyžaduje další spolupráci s psychologem (Mellanová, Čechová, Rozsypalová 2014).

3.2 Vzdělávání hospitalizovaných dětí

Matějček (2001) předně zdůrazňuje, že během pobytu v nemocnici je nejdůležitější především léčení. Výuka samotná proto zabírá mnohem méně času, než je dítě zvyklé ze své kmenové třídy. O míře zatížení dítěte školní prací tedy rozhoduje v každém případě lékař (Matějček 2001). Vyučování ve školách při nemocnici by mělo navazovat na výuku v kmenové třídě, kterou dítě navštěvovalo ještě před nástupem do nemocnice. Dětský pacient je tak až do svého návratu do kmenové třídy ve stálém kontaktu se školním vzděláváním. Výchovně vzdělávací péče je obvykle nejméně potřebná u dětí, které jsou do nemocnice přijímány s akutním onemocněním (menší úraz, zánět slepého střeva, operace kýly apod.), kdy je nutná pouze krátkodobá hospitalizace. Takové děti se mnohdy nestačí zařadit do nemocničního vzdělávání a vracejí se zpět do svých kmenových škol. Z toho důvody by podle směrnic pro vyučování ve školách při zdravotnických zařízeních měly být do výuky zařazeny děti, jejichž pobyt v nemocnici přesáhne čtrnáct dní. Ovšem ne vždy dokáže lékař předem jednoznačně určit, jak dlouho bude hospitalizace pacienta trvat a zároveň děti, které tráví v nemocnici kratší dobu, nemohou být učiteli přehlíženy, neboť také velmi potřebují pedagogickou podporu, která je po psychické i léčebné stránce nezanedbatelná. Proto se učitel běžně věnuje všem dětem bez výjimky, avšak v různé intenzitě. Pokud některému z pacientů lékař nepovolí, aby se účastnil výuky, učitel ho i přesto nezanedbává. Naopak ho povzbuzuje, utěšuje, nabídne mu svou pomoc a optimisticky s ním komunikuje. Takoví žáci většinou prochází 4 fázemi:

- V první fázi se pacient výuky neúčastní, učitel se mu však přesto věnuje a komunikuje s ním (o rodině, o brzké možnosti hraní her a účasti ve výuce apod.).
- Ve druhé fázi je pacient zapojen do výuky, učitel ale nevyžaduje jeho aktivitu. V rámci výkladu ho upozorňuje na zajímavosti, poskytuje k prohlédnutí obrázky a jiné pomůcky.
- Ve třetí fázi je pacient aktivně zapojený do výuky, dostává domácí úkoly a učivo k nastudování, přičemž rozsah je omezován podle jeho zdravotního stavu. Je ovšem potřeba hlídat, aby nedošlo k poškození zraku v důsledku dlouhého čtení nebo

psaní při nevhodném osvětlení. U žáků sedících na lůžku bez možnosti opření zad je také riziko zhoršení držení těla.

- V závěrečné fázi je po žákovi vyžadována nejvyšší míra aktivní účasti dle jeho možností, přičemž důraz je kladen na zvládnutí probrané látky. Toto období mnohdy trvá i několik měsíců. Týká se zejména pacientů hospitalizovaných na klinikách a odděleních ortopedických a interních (Kábele et al. 1993).

Pedagogové se v rámci výuky v nemocnicích věnují všem dětem školního věku, tedy i žákům prvních tříd. Právě pro tyto čerstvé školáky by totiž mohlo být dohánění zameškaného učiva zvláště obtížné. Aby pro tyto děti mohla učitelka zvolit vhodné metody a organizaci výuky, je potřeba, aby získala co nejvíce informací o učitelce a výuce v kmenové třídě pacienta. Zjišťuje například, za co jsou děti ve své kmenové třídě nejvíce chváleny apod. Mezi dětmi a pedagogy tak obvykle vzniká velmi přátelský vztah. Pro děti v nemocnici je výuka rozptýlením, učitel přítelem a na společná setkání se těší (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015).

Oproti kmenové třídě je ve škole v nemocnici výuka primárně založena na individuálním přístupu. Učitel musí při kontaktu s dítětem brát v potaz i jeho problémy, obavy a celkový psychický stav. Aby fungovala jejich spolupráce, musí učitel dětského pacienta vhodně motivovat, věnovat mu potřebný čas a prostor. Zároveň je důležité, aby dítě učiteli plně důvěřovalo. Metody a formy práce učitele v nemocnici a učitele v běžné škole se proto poněkud liší (Valenta et al. 2008). Obsah a rozsah učiva musí učitel vhodně upravit s ohledem na zdravotní stav pacienta. Zároveň musí při svém plánování a realizaci výuky zohlednit, jak dlouho se žák dle názoru lékaře smí výuky účastnit. V učebním plánu školy při nemocnici stojí předně výuka českého jazyka, který je rozdělen na část jazykovou a literárně výchovnou, matematika a cizí jazyk. Mezi vedlejší předměty v rámci prvního stupně jsou řazeny prvouka, vlastivěda a přírodověda. V odpoledních hodinách se děti v rámci školní družiny věnují výchově pracovní, výtvarné a částečně i hudební. V učebních plánech je tedy především kladen důraz na vzdělávací oblasti Jazyk a jazyková komunikace a Matematika a její aplikace. U hospitalizovaných žáků je učební plán vždy naprosto individuální a po dohodě s rodiči a kmenovou třídou lze výuku přizpůsobit tak, aby učitel žákovi například pomohl upevnit učivo již získané, dohnat učivo zanedbané,

nebo žáka vzdělávat v konkrétním předmětu v jiném postupném ročníku (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015). Bálešová (1994) dodává, že v rámci upevnění prosociálního chování je přirozené začlenit do nemocniční výuky také prvky etické výchovy. Na základě vlastních zkušeností upozorňuje na to, že negativní emoce v průběhu hospitalizace brzdí rozvoj prosociálního chování žáků. Je proto nutné, aby učitel pomohl žákovi v rámci kolektivní výuky zapadnout do kolektivu, získat přátele mezi spolupacienty, a aby podporoval vzájemná povzbuzování během pobytu v nemocnici. Děti se tak naučí nejen slušně komunikovat, ale také se do jisté míry ovládat. Zároveň se stávají empatičtější vůči svým spolupacientům, s nimiž mnohdy naváží přátelství, které často přetrvá i po odchodu z nemocnice (Bálešová 1994 in Dlouhá a Dlouhý et al. 2015). Jelikož však není z časových důvodů možné, aby bylo v rámci výuky v nemocnici probráno veškeré učivo dle osnov kmenové školy, je důležité, aby především dlouhodobě hospitalizovaní žáci byli učitelem vedeni i k samostatnému učení (Kábele et al. 1993). Pokud je však dítě hospitalizováno i se svým zákonným zástupcem, který zároveň projeví zájem o participaci, může se po individuální dohodě s učitelem na výuce svého dítěte také podílet (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015). Burdová (2015) ovšem konstatuje, že ačkoli je výuka v nemocnici kratší než v běžné škole, žák se může díky individuální péči učitelky naučit v nemocnici mnohem více. Protože je počet vyučovaných dětí menší, učitelky mohou k dětem přistupovat jednotlivě a reagovat na jejich individuální potřeby (povídání, vysvětlování apod.). Kromě učebnic využívají často elektronické pomůcky či dětmi oblíbené vzdělávací hry, deskové i na papíře (Burdová 2015). Pro všechny pedagogy je také samozřejmostí komunikace s kmenovou třídou pacienta a s vychovateli. Společně se podílejí na vytváření harmonického, estetického a bezpečného prostředí v rámci výuky i volnočasových aktivit. Učitelé se také starají o žákovskou knihovnu, technologické vybavení a zajišťují materiál pro výtvarné potřeby (Valenta et al. 2008).

Podle zdravotního stavu dětského pacienta je také rozhodnuto, zda bude výuka probíhat v učebně nebo na pokoji. Na pokoji se pak opět po dohodě s ošetřujícím lékařem učí buď u stolu, nebo přímo na lůžku. Děti, kterým lékař dovolil opustit lůžko a pohybovat se, se účastní kolektivní výuky v učebnách, přičemž v jedné třídě je obvykle nanejvýš 15 žáků. Výjimku tvoří některá oddělení (například psychiatrická, foniatriká a neurologická), kde

je nejvyšší možný počet žáků ve třídě zpravidla nižší. Žáci v nemocnicích přicházejí z různých kmenových škol, s učivem jsou obvykle různě daleko a jejich znalosti nebývají na stejné úrovni. To je dáno nejen tím, jaká je úroveň výuky v kmenové třídě žáka, ale i tím, jak rodiče pečují o učení svého dítěte a kolik školních dní dítě již zameškalo. To je také jeden z důvodů, proč žáci stejných ročníků mají alespoň zpočátku rozdílné pracovní plány. U dlouhodobě hospitalizovaných žáků stejného ročníku se učitelé obvykle snaží znalostní rozdíly vyrovnat, aby mohli být žáci vzdělávání společně, pokud to situace dovolí. Některé děti ale mohou v nemocnici odvyknout školní práci a nemají chuť k učení. Jiné zase mohou být apatické, nevěří v uzdravení a ztrácí zájem i o výuku. Učitel tak čelí mnoha překážkám, které svým přístupem a motivací musí překonávat (Kábele et al. 1993).

Co se týká klasifikace žáka v průběhu hospitalizace, je to úkol velmi odpovědný a zároveň obtížný. Na jedné straně nelze nepřihlížet citlivě k jeho zdravotním obtížím, na straně druhé je nutné žáka klasifikovat objektivně, aby žák svého nepříznivého zdravotního stavu nezačal zneužívat. Obvykle je hodnocena pouze zvládnutá látka, přičemž hodnocení bývají zpravidla slovní (Vítková 2006 in Dlouhá a Dlouhý et al. 2015). V rámci komplexního hodnocení však nelze opomenout také sebehodnocení žáků, které posiluje schopnost žáka vyrovnat se s chybami, na které je důležité nahlížet jako na přirozené aspekty vzdělávacího procesu. Žák díky sebehodnocení také posiluje své sebevědomí, získává reálný pohled na vlastní školní výkony a dokáže komentovat a zhodnotit, v čem se mu daří a v čem nikoli. Učitelé s žáky jejich chyby konzultují a případně jim dávají možnost, aby si některé sami opravili. Nejen v těchto směrech je práce učitele při nemocnici velmi náročná, neboť se často ocitá v situacích, ve kterých nedochází k jednoznačnému řešení a mnohdy ani neexistuje jasná odpověď, zda postupoval správně či ne. Aby zabránil pocitu vyhoření a zachoval si optimistický přístup, nezbyvá než věřit ve svá rozhodnutí, pokud jednal s nejlepším vědomím a svědomím (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015).

Také rodiče hrají důležitou roli ve vzdělávání dětského pacienta v nemocnici. Pokud se dítě potýká s vážným onemocněním, jeho zdraví je samozřejmě na prvním místě. Ovšem ani jeho vzdělávání nelze ze strany rodičů příliš zanedbávat. Škola je součástí každodenního života všech dětí. Pokud se dítě ocitne v nemocnici, je důležité mu pomoci skloubit školní práci s jeho léčbou. Je zde však na místě, aby jak rodiče, tak i učitelé

dokázali odhadnout míru zátěže. Pokud je totiž na dítě vyvíjen tlak ohledně školní práce, mohou se cítit úzkostně, což může negativně ovlivnit jejich zotavování. Také udržování vazby s jeho spolužáky a učiteli je v tomto těžkém období velmi přínosné. Hospitalizovanému dítěti to pomáhá udržet si pocit normálního života. V tomto ohledu se nabízí možnost využít také moderní aplikace (například Skype apod.) a uspořádat videohovor se třídou dětského pacienta (Taggi 2015).

4 Legislativa

I dítě se zdravotním znevýhodněním má právo na vzdělání. To mu zaručuje Základní listina práv a svobod, Úmluva o právech dítěte a Charta práv hospitalizovaného dítěte (Valenta et al. 2008). Žáci se zdravotním znevýhodněním spadají dle školského zákona (§ 16) do kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (Dlouhá a Dlouhý et al. 2015). Vzdělávání zdravotně znevýhodněných dětí dále upravuje *Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*, ve znění účinném od 1. 1. 2018 (MŠMT 2013 – 2019).

4.1 Charta EACH

Evropská asociace na podporu dětí v nemocnici (European Association for Children in Hospital, zkráceně EACH) se podílí na koordinaci práce organizací, které se snaží zkvalitňovat životní podmínky hospitalizovaných dětí. V roce 1988 byla v Holandsku přijata tzv. Charta EACH neboli Charta práv hospitalizovaných dětí (dále Charta). Jedná se o přehled práv, která mají děti před svou hospitalizací, během hospitalizace i po jejím ukončení, přičemž je v souladu s právy, které zaručuje Úmluva o právech dítěte OSN. Charta EACH je doprovázena ilustracemi francouzského malíře Pefa, které mohou být využívány pouze členskými organizacemi EACH a pouze v rámci Charty EACH. V jiných případech je využití ilustrací zakázáno (Nadační fond Klíček 2008). Pochopení jednotlivých bodů Charty umožňuje zkvalitnění lékařské péče o dítě. Kromě zdravotní stránky klade důraz také na duševní stránku dětského pacienta. K Chartě se přihlásil také Český výbor pro UNICEF (Valenta et al. 2008).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Výzkumná část

Jak již bylo zmíněno v úvodu, cílem výzkumného šetření této diplomové práce je popsat, jaká je realita vzdělávacího procesu dlouhodobě hospitalizovaných dětí. Konkrétně se výzkum zabývá tím, jak děti výuku v nemocnici hodnotí na základě jejich subjektivního vnímání, jak je výuka samotná organizována a jak probíhá komunikace s kmenovou třídou dětského pacienta. Výzkum se také zabývá tím, jaké předměty se děti ve škole při nemocnici učí, zda pracují spíše samostatně nebo ve skupinách, jak jsou během výuky spokojené a jaký pociťují rozdíl oproti vzdělávání v jejich kmenové třídě. Z pohledu učitele pak výzkum podává rovněž informace o výuce, tedy jak je výuku potřeba přizpůsobovat nemocničnímu životu a jak probíhá komunikace s kmenovou třídou žáka (sdílení týdenních plánů, návrh klasifikace apod.).

5.1 Kvalitativní výzkum

Hendl (2005) definuje výzkum jako „proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru“ (Hendl, 2005, s. 30). Mnoho autorů podává také definici výzkumu pedagogického, Průcha (1995) ovšem podotýká, že pojem pedagogický výzkum nelze vystihnout všeobsažnou formulací, neboť je nutné na tento pojem nahlížet komplexněji pomocí mnoha charakteristik (Průcha 1995).

Kvalitativní a kvantitativní metodologické přístupy zaznamenaly během svého vývoje řadu odlišných náhledů. Ačkoli byly v minulosti nazírány jako soupeřící strategie, dnes tomu tak není. Jedná se sice o odlišné přístupy, nikoli však soupeřící (Švaříček a Šed'ová et al. 2007). Hendl (2005) dodává, že oba přístupy přispívají k rozšiřování znalostí a vzájemně se doplňují. Jednotné definice kvalitativního výzkumu však také doposud nebylo dosaženo. Někteří autoři se přiklánějí k teorii, že kvalitativní výzkum dosahuje výsledků bez použití čísel a statistických metod, ovšem mnoho autorů s tímto tvrzením nesouhlasí. Hendl (2005) přirovnává práci kvalitativního výzkumníka k práci detektiva. Výzkumník si nejprve stanoví výzkumné otázky, které ovšem může během samotného výzkumu, sběru dat a závěrečné analýzy měnit. Při práci s novými lidmi v terénu hledá odpovědi na své

výzkumné otázky, přičemž data sbírá a analyzuje současně. Není přitom výjimkou, že své nové poznatky probírá přímo s účastníky výzkumu (Hendl 2005).

5.2 Charakteristika zkoumané problematiky

Problematika potřeb dlouhodobě hospitalizovaných dětí je již mnoho let diskutovanou otázkou, na jejíž odpověď bylo v kontextu minulých let nahlíženo velice různě. Matějček (2001) podotýká, že ačkoli je v posledních letech uvedena v praxi humanizovaná léčebná péče, která usiluje o dosažení nejen nejlepšího fyzického, ale i psychického stavu dětského pacienta, není v oblasti výchovy a psychologické péče o hospitalizované dítě doposud zcela jasno (Matějček 2001). Potřeby hospitalizovaného dítěte se mnohdy až výrazně liší oproti jeho potřebám dosavadním. Tomu je potřeba přizpůsobit i vzdělávací proces v nemocnici, který je velice důležitý, avšak na prvním místě je nutné přihlížet ke zdravotnímu stavu pacienta, jeho aktuálnímu rozpoložení a možnostem. Organizace výuky se proto výrazně liší oproti běžné škole. Učitel musí brát v potaz mnoho faktorů a výuku pacientovi přizpůsobit tak, aby na straně jedné nebylo ohroženo zdraví a na straně druhé, aby dítě zbytečně nezameškávalo učivo a mohlo se po opuštění nemocnice vrátit do svého běžného vzdělávacího procesu. Úkolem učitele je proto také získávat informace od třídního učitele z kmenové třídy pacienta, aby měl dostatek podkladů pro svou práci a dítě v ideálním případě nemuselo zanedbané učivo dohánět. V rámci udržování pacienta v roli školáka je také neopomenutelný vliv na stránku psychickou, tedy jak výuku vnímá a zda na jeho duševní stav výuka působí příznivě či nikoli.

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné šetření zkoumá tři hlavní oblasti: vztah dětí k výuce v nemocnici, organizaci výuky v nemocnici, komunikaci s kmenovou třídou dětského pacienta. Na základě shromáždění teoretických poznatků vážících se k problematice vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí byly zformulovány tři následující výzkumné otázky:

1. Jaký mají děti vztah k výuce v nemocnici? (VO1)
2. Jak je výuka v nemocnici organizována? (VO2)
3. Jak probíhá komunikace s kmenovou třídou pacienta? (VO3)

Při stanovování výzkumných otázek jsem také vycházela z vlastních předpokladů, jaké informace mi mohou poskytnout především samotné děti a jaké pedagog. Z toho důvodu jsou otázky v rozhovorech formulovány tak, aby dohromady umožnily podat odpovědi na všechny tři výzkumné otázky. Výzkumná zjištění týkající se VO1 vycházejí především z rozhovorů s dětmi, VO3 je naopak směřována spíše k učiteli. VO2 je pak zkoumána z pohledu jak dětí, tak i pedagoga.

5.4 Výzkumný vzorek

U kvalitativně zaměřeného výzkumu není nutné mít výpovědi od velkého množství respondentů, důležité je, že umožňuje zkoumat jevy hloubkově a v celém kontextu (Hendl 2005). Výsledky proto není možné považovat za obecně platné pro všechny hospitalizované děti, lze na ně nahlížet pouze v rámci vybraného výzkumného vzorku. Pro výzkumné šetření bylo vybráno celkem šest hospitalizovaných dětí, které se léčí s onkologickým onemocněním v rámci stejného klinického pracoviště (dále Klinika). Tyto děti jsou vyučovány školou při nemocnici, přičemž oslovení byli pouze žáci prvního stupně základní školy. Kromě dětí byla pro výzkumné šetření oslovena také jejich paní učitelka, která má mnoholetou praxi v oboru.

5.5 Sběr dat

Sběr dat byl uskutečňován prostřednictvím návštěv Kliniky ve dvou fázích. První fáze probíhala plánovaně v květnu 2019, kdy bylo realizováno pozorování, rozhovor s paní učitelkou a rozhovor s pěti dětmi. Druhá fáze sběru dat byla uskutečněna v průběhu června 2019, a to z toho důvodu, abych mohla realizovat rozhovory s více dětmi a rozšířit tak výzkumný vzorek, a abych zároveň měla možnost rozmyslet si dopředu vhodné otázky na základě rozhovorů minulých. V jednom případě mi druhá fáze výzkumného šetření umožnila také rozhovor doplňkový.

Jelikož je výzkum zaměřen pouze na žáky prvního stupně, výběr respondentů byl poněkud omezený, neboť jsou na Klinice hospitalizovány také děti ve věku předškolním a žáci navštěvující druhý stupeň základní školy, kteří nemohli být do výzkumného vzorku zařazeni. Z toho důvodu jsme byly s paní učitelkou domluvené, že zůstaneme v telefonickém kontaktu, aby měla možnost mě kontaktovat v případě, že se naskytne

příležitost pro případný rozhovor s dalším pacientem. Za tuto ochotu jsem paní učitelce velice vděčná, neboť mi umožnila efektivní návštěvy Kliniky.

5.6 Metody získávání dat

Jak již bylo zmíněno, pro získání dat byly zvoleny 2 výzkumné metody, rozhovor a pozorování. Pozorování bylo realizováno během prvního dne na Klinice. Během tohoto dne jsem se zároveň dětem, se kterými jsem měla možnost se setkat, představila a poprosila je o rozhovor v příštích dnech. V průběhu výzkumného šetření jsem oslovila také zákonné zástupce pacientů, kteří mi dali písemný souhlas s poskytnutím rozhovoru s jejich dítětem, přičemž všichni rodiče s rozhovorem ochotně souhlasili. Rozhovory s dětmi i pozorování byly realizovány dle možností pacientů, tedy buď v herně (současné učebně), nebo na pokoji pacienta upoutaného na lůžku. Jelikož se rozhovory týkaly výuky v dané nemocnici, u rozhovorů nebyla přítomna paní učitelka, aby bylo dětem zajištěné dostatečné soukromí a nebyly přítomností paní učitelky nikterak ovlivněny. Rozhovor s paní učitelkou proběhl v jejím kabinetu, kde nám byl dopřán dostatek času a soukromí. Paní učitelka, děti i zákonní zástupci dětí byli před samotným rozhovorem seznámeni s tématem diplomové práce a jejím cílem. Rodiče dětí měli v případě zájmu možnost seznámit se s otázkami, které budou dětem při rozhovoru položeny. Zároveň byli všichni informováni o zvukovém záznamu rozhovoru na mobilní telefon. Ze zvukového záznamu byl poté pořízen přepis rozhovoru, ve kterém došlo pouze ojediněle k drobným úpravám (například vynechání často se opakujících parazitních slov, úprava větné skladby apod.). Přepisy zvukových záznamů rozhovorů jsou součástí této práce (viz Příloha 1 až 7). Při zpracování získaných dat byla dodržována pravidla v souladu s opatřeními GDPR a veškeré podklady byly anonymizovány. V rozhovorech s dětmi je vždy uveden pouze ročník, pohlaví a místo realizace rozhovoru (pokoj/učebna). Místo vlastních jmen je v práci vždy použito označení „respondent“ nebo „paní učitelka“.

Veškerá spolupráce s dětmi, rodiči i zaměstnanci probíhala ve velmi přátelské atmosféře. Ráda bych také podotkla, že za velice přínosný aspekt spolupráce s hospitalizovanými dětmi považuji to, že mi bylo umožněno jim prostřednictvím rozhovorů alespoň částečně zpestřit jejich pobyt v nemocnici.

5.6.1 Rozhovor

V rámci pedagogických výzkumů patří metoda rozhovoru (neboli interview) mezi nejpoužívanější. Základem této metody je mluvená komunikace mezi tazatelem a respondentem, což je hlavní rozdíl ve srovnání s dotazníkem. Stejně jako u dotazníku je však důležité volit vhodné otázky (Průcha 1995). Ferjenčík (2010) uvádí, že tazatel formuluje 2 typy otázek – otevřené a uzavřené, přičemž každý z nich má svá pro i proti. Otevřené otázky pobízí respondenta, aby svou odpověď více rozvinul a detailněji vysvětlil, naopak je zde riziko, že hovornější respondent nebude schopen vhodně korigovat tok svých myšlenek. Otázky uzavřené naopak umožňují takovému riziku předejít tím, že možnosti odpovědi respondenta omezují, neboť vyžadují zpravidla odpovědi stručné. Zároveň umožňují, aby tazatel získal v krátkém čase více informací (Ferjenčík 2010). Ačkoliv jsou v případě rozhovorů obvykle upřednostňovány otázky otevřené (Gavora 2000), byly v rozhovoru s dětmi výrazně zastoupeny i otázky uzavřené, a to z toho důvodu, že se pro hospitalizované děti jeví s přihlédnutím k jejich vývojovým předpokladům a zdravotnímu stavu jako vhodnější. Během rozhovoru bylo také nutno dbát na citlivou duševní stránku nemocného dítěte a nezacházet tak do témat, která by mohla mít na psychiku dítěte negativní dopad.

Rozhovor s dětmi byl polo-strukturovaného typu, což znamená, že dětem byly kladeny předem připravené otázky, které mohly být tazatelem doplněny otázkami doplňujícími. Tento typ rozhovoru se jevil jako vhodný, jelikož bylo žádoucí a lidské přizpůsobit dotazování zdravotnímu stavu pacienta tak, aby nebyl nevhodně zatěžován dotazy, ale aby byl zároveň motivován ke komunikaci. V případě rozhovoru s paní učitelkou byla uplatněna metoda strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Hendl (2005) popisuje tento typ rozhovoru jako typ, kdy je také předem daný seznam otázek, pružnost dotazování je však značně omezená. Dále dodává, že podstatou tohoto typu rozhovoru je, aby byl efekt tazatele na kvalitu rozhovoru co nejmenší. Data strukturovaného rozhovoru se díky dané struktuře snadněji lokalizují i analyzují, díky čemuž je také možné provést replikaci výzkumu jak v jiném časovém období, tak i jinými výzkumníky (Hendl 2005).

Během rozhovoru s dětmi byly kladeny otázky dvojího zaměření. Cílem bylo zjistit, jak děti vnímají fakt, že se v nemocnici musí také učit, tedy zda je výuka v nemocnici baví a

proč apod. (zaměřeno na VO1). Druhým cílem bylo získat informace o tom, jaké předměty se děti učí a kde výuka probíhá (zaměřeno na VO2). Rozhovor byl doplněn otázkami, které nebyly přímo zaměřeny na otázky výzkumné (například otázky ohledně oblíbeného a neoblíbeného předmětu), ale na jedné straně umožnily tazateli získat lepší představu o dítěti, a na straně druhé sloužily jako potenciální motivace pro vyjádření názorů dětského pacienta. Vše se však odvíjelo od pacientova aktuálního duševního rozpoložení a zdravotního stavu. Pro děti byly předem formulovány tyto otázky (v závorce je uvedeno, se kterou z výzkumných otázek se daná otázka pojí):

- Jak se ti tady líbí? (VO1)
- Potkal/a jsi tady nové kamarády? (VO1)
- Baví tě výuka? Proč ano nebo proč ne? (VO1)
- Jaké předměty se tady učíš? (VO2)
- Který z předmětů máš nejraději a proč?
- Jaký předmět tě naopak nebaví a proč?
- Chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte do učebny? (VO2)
- Učíš se s paní učitelkou sám/sama, nebo je vás více? (VO2)
- Píšeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení? (VO2)
- Dostáváš za svou práci známky? A dostáváš i jiné hodnocení? Třeba slovní? (VO2)
- Dostáváš domácí úkoly? (VO2)
- Věnuješ se učení i mimo vyučování? (VO2)
- Je něco, co bys tady na výuce v nemocnici chtěl/a změnit? (VO1)
- Baví tě výuka tady víc než ve tvé kmenové třídě? Proč? (VO1)

V průběhu získávání dat se naskytla možnost uskutečnit jeden doplňkový rozhovor s dětským pacientem – v rámci výzkumného šetření tak bylo realizováno celkem sedm rozhovorů s dětmi.

Pro realizaci rozhovorů bylo nutné zajistit vhodné prostředí, které vyhovovalo jak pacientovi, tak i výzkumnému šetření. Bylo proto vždy zajištěno, aby byl rozhovor realizován v soukromí, tedy bez přítomnosti paní učitelky. V jednom případě si přáli rodiče dítěte být u rozhovoru přítomni, zbylých 6 rozhovorů proběhlo bez účasti zákonných

zástupců pacienta. Čtyři rozhovory proběhly v herně (současné učebně) a tři rozhovory na pokoji pacienta. V jednom z případů bylo nutné k dítěti přistoupit pouze s návleky, rouškou a po použití dezinfekce. Je tedy zřejmé, že přizpůsobení se pacientovi s ohledem na jeho zdravotní stav je vždy na prvním místě.

Během rozhovoru s paní učitelkou byly kladeny otázky, jejichž cílem bylo především získat informace ohledně organizace výuky (zaměřeno na VO2) a komunikace s třídním učitelem z kmenové školy pacienta (zaměřeno na VO3). Rozhovor však poskytl i subjektivní pohled paní učitelky na VO1, tedy na to, jaký mají dle jejího názoru děti vztah k nemocniční výuce. I tento rozhovor byl protnutý otázkami, které se přímo neváží k otázkám výzkumným (například otázky ohledně osobního názoru na profesi pedagoga ve škole při nemocnici apod.), ale jeví se jako přínosné pro poznání respondenta a jeho profesní stránky. Pro paní učitelku byly předem formulovány tyto otázky (v závorce je uvedeno, se kterou z výzkumných otázek se daná otázka pojí):

- Jak dlouho vykonáváte svou profesi učitelky ve škole při nemocnici?
- Co Vás vedlo k této profesi?
- Jaká jsou podle Vás úskalí Vaší profese?
- Jaké předměty učíte děti na 1. stupni? Souvisí to s délkou jejich hospitalizace? (VO2)
- Jak podle Vás děti vnímají, že se v nemocnici musí také učit? (VO1)
- Kde výuka probíhá? (VO2)
- Kdy výuka probíhá? (VO2)
- Kolik dětí obvykle učíte najednou? (VO2)
- Jaký počet vyučovaných dětí upřednostňujete a proč? (VO2)
- Jakým způsobem jsou děti hodnoceny za svou práci? (VO2)
- Jak často komunikujete s třídním učitelem/třídní učitelkou z kmenové třídy pacienta? (VO3)
- Jaké informace po něm/ní vyžadujete? (VO3)
- Co s ním/ní naopak Vy sdílíte? (VO3)
- Jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody výuky v nemocnici ve srovnání s výukou v běžné škole? (VO2)

5.6.2 Pozorování

Rozhovorům předcházelo otevřené zúčastněné pozorování. Zúčastněné znamená, že jsem sledovala výuku přímo v prostředí, ve kterém se odehrávala. Švaříček a Šed'ová et al. také vysvětlují, že při zúčastněném pozorování dochází k interakci mezi badatelem a pozorovanými účastníky, a to i v případě, že výzkumník do pozorované situace nikterak nezasahuje. Otevřené pozorování pak znamená, že pozorovaní účastníci vědí, že jsou pozorováni (Švaříček a Šed'ová et al. 2007).

Pozorování je oproti rozhovoru naopak nejpoužívanější výzkumnou metodou v oblasti sociálních věd (Průcha 1995). V rámci výzkumu jsem zvolila metodu nestrukturovaného pozorování, při kterém pozorovatel nemá předem určené jevy, na které by v rámci pozorování hledal odpověď. Pozorovatel je vystaven neočekávané situaci a jeho cílem je získat zhuštěný popis. Na základě poznámek pak pozorovatel provádí analýzu, z které již mohou vyplynout konkrétní témata pro budoucí pozorování (Švaříček a Šed'ová et al. 2007). V rámci pozorování jsem tedy neměla předem připravený záznamový arch, jelikož jsem do té doby neměla vlastní zkušenost s výukou v nemocnici a neměla jsem představu, jak jsou děti na Klinice vzdělávány. Výzkumná zjištění na základě pozorování proto podávají subjektivní shrnutí jednoho dopoledne stráveného s dětmi a paní učitelkou na Klinice.

5.7 Charakteristika respondentů

5.7.1 Hospitalizované děti

Pro realizaci rozhovorů bylo osloveno celkem šest dětí. Počet respondentů nebylo možné naplánovat dopředu, jelikož ani pedagogický sbor není předem informován, kolik dětí a v jakých dnech bude na Klinice hospitalizováno. Dokonce ani samotní lékaři nemohou dopředu s jistotou určit délku pobytu dětského pacienta. Každý z respondentů je na Klinice léčen s onkologickým onemocněním, přičemž jejich pobyt zde je intermitentní. Znamená to, že jsou v nemocnici hospitalizováni obvykle přibližně týden, kdy jsou podrobeni léčebné terapii (chemoterapie, ozařování apod.). Pokud to zdravotní stav dovolí a pacient nemá komplikace (například nepříznivé laboratorní výsledky, nevolnost apod.), je přibližně po týdnu propuštěn do domácí péče. Po několika dnech se ovšem opět vrací na léčebnou

terapii. Dětský pacient tedy po celou dobu nedochází do své kmenové školy, ale v době pobytu v nemocnici je vzděláván v rámci školy při nemocnici, a během pobytu doma je odkázán na samostudium, přičemž je téměř pravidlem, že se doma s dítětem učí jeho rodiče.

Všechny dotazované děti jsou žáky prvního stupně základní školy. Mezi respondenty byly celkem čtyři dívky (2., 3. a 5. ročník ZŠ) a dva chlapci (4. a 5. ročník ZŠ).

5.7.2 Paní učitelka

Jak již bylo uvedeno, v rámci výzkumného šetření byl realizován rozhovor také s paní učitelkou, která na Klinice působí. Paní učitelka má mnoholetou praxi v tomto oboru, neboť jako učitelka ve škole při nemocnici působí již 32 let, z toho 31 let přímo ve škole při nemocnici, kde byl výzkum realizován.

5.8 Interpretace výzkumného šetření

Interpretace výzkumného šetření vycházejí z výpovědí hospitalizovaných dětí, paní učitelky a pozorování. Odpovědi dětských pacientů byly v rozhovorech velice stručné, sběr dat je proto poněkud omezený. Tuto skutečnost lze připsat dvěma faktorům. Jednak vývojovým předpokladům dítěte v tomto věku a jednak nepříznivému zdravotnímu stavu, který s sebou také přináší jistá omezení. Děti jsou často unavené, necítí se dobře, mnohdy mají v dané období jiné priority a na školu se tak dívají z jiného úhlu pohledu než před jejich hospitalizací.

Analýzy rozhovorů jsou rozděleny do tří zkoumaných oblastí: vztah dětí k výuce v nemocnici, organizace výuky v nemocnici a komunikace s kmenovou třídou dětského pacienta. V následujících analýzách vycházím jak z rozhovorů s dětmi, tak z rozhovoru s paní učitelkou. Analýza každé z oblastí je zároveň vždy podložena výroky jednotlivých respondentů. Na analýzy rozhovorů pak navazuje interpretace vlastního pozorování, ve které podávám subjektivní shrnutí poznatků z jednoho dne stráveného na Klinice v doprovodu paní učitelky.

5.8.1 Analýza rozhovorů: Vztah dětí k výuce v nemocnici

Z rozhovorů s dětskými pacienty vyplývá, že všechny děti mají k výuce v nemocnici pozitivní vztah. V mnoha případech se shodovaly v tom, že jim v nemocnici vyhovuje

zejména individuální přístup paní učitelky a to, jak je jim výuka přizpůsobena. Respondent F například přímo uvádí: „*Mně se tady líbí, protože se tady naučím víc než normálně ve škole. Protože se mi ta učitelka věnuje. Takhle se věnuje celý třídě a takhle se věnuje jenom mně.*“ Uvítání individuálního přístupu vyplývá i z dalších výpovědí. Tři děti se ve svých výpovědích shodují, že jim vyhovuje možný kratší čas výuky, který je daný zdravotním stavem pacienta. „*Baví mě tu výuka, protože vlastně když mi je blbě, tak se skončí, a když je mi dobře, tak se můžu učit dál,*“ uvádí respondent E.

Některým dětem také vyhovuje absence kolektivu v rámci výuky. To vyplývá z výroku respondenta B: „*Tak je to tak, že se tady víc naučím než v té škole. Protože tam jak nás bylo víc, tak se toho třeba nedalo tolik probrat jako tady.*“ Dále se jedná o výrok respondenta C: „*Baví, protože ve škole celkem se na to nemůžu soustředit, protože tam řvou.*“ Přestože u několika dotázaných zaznělo mnoho výhod spojených s absencí kolektivu (v hodině se stihne probrat více učiva, nikdo neřve, neruší, neotravuje při práci apod.), tři ze šesti dětí výuka v nemocnici nebaví více než výuka v jejich kmenové třídě, a to právě kvůli absenci jejich spolužáků. Zajímavé je, že kolektiv ve škole postrádají i ty děti, které zmiňují výhody individuální výuky. Například respondent B, který uvedl, že se v nemocnici stihne probrat více učiva ve srovnání s kmenovou třídou, kde je více žáků, uvádí, že ho výuka v kmenové třídě baví více: „*... tam je to prostě třída a baví mě to tam víc třeba i proto, že tam je víc kamarádů, se kterými se známe dýl.*“ Stejně tak respondent C, kterého výuka v nemocnici baví, protože se může lépe soustředit ve srovnání s hlučnou kmenovou třídou, potvrzuje postrádání kolektivu slovy: „*Ve třídě mě to baví víc, protože tam jsou kamarádi.*“ Z výše uvedených výroků je tedy patrné, že dětem vyhovuje individuální přístup paní učitelky a klid na práci, které s sebou individuální výuka přináší. Přesto mnoha dětem schází interakce s vrstevníky, kterou jim naopak poskytuje jejich kmenová škola.

Také dle názoru paní učitelky vnímají děti výuku v nemocnici víceméně pozitivně. Uvědomují si totiž, že je potřeba učivo příliš nezanedbat, aby nemusely po ukončení hospitalizace opakovat ročník a pokračovaly dále se svou třídou. Už na prvním pohovoru jsou ujišťovány, že škola při nemocnici jim má především pomoci, a že se paní učitelka v nemocnici spojuje s paní učitelkou z kmenové školy, aby tak bylo zaručeno, že se budou

věnovat stejnému učivu jako jejich spolužáci. Ke skutečnosti, že dětem vyhovuje individuální přístup, se paní učitelka také přiklání: „... vlastně my můžeme při té individuální práci, i pokud s žákem pracujeme v rámci malé skupinky, lehce a brzy odhadnout, co třeba žák potřebuje procvičit, vysvětlit či doučit a podle toho tu výuku směřovat.“ Zároveň však také vidí nevýhody absence kolektivu v nemocničním prostředí. Kolektiv totiž podle paní učitelky děti motivuje k lepším výsledkům a podněcuje k soutěživosti.

5.8.2 Analýza rozhovorů: Organizace výuky v nemocnici

Druhá oblast, která byla prostřednictvím rozhovorů zkoumána, je organizace výuky v nemocnici. Z výpovědí dětí je patrné, že je výuka maximálně přizpůsobena jejich zdravotnímu stavu, což potvrzují také výroky paní učitelky.

Co se týká místa, kde výuka probíhá, z rozhovorů jasně vyplývá, že i o tom rozhoduje pacientův zdravotní stav. Dva respondenti uvedli, že k nim paní učitelka dochází přímo na pokoj. Ostatní respondenti jsou vyučováni jak na pokoji, tak i v herně (současné učebně). Respondent E pronesl: „Podle toho, jak mi je. Občas jsem tady a občas si mě bere do učebny.“ Z výroku vyplývá, že pro dětského pacienta není vyhrazené stálé místo pro výuku. Zdravotní stav však rozhoduje také o tom, zda se výuka vůbec uskuteční. Svědčí o tom výrok respondenta F: „... vždycky paní učitelka přijde, a když mi je prostě dobře, tak se s ní jdu učit, a když není, tak se s ní nejdu učit, když mi není moc dobře.“

Většina respondentů se shodla, že se v nemocnici učí stejné předměty jako ve své kmenové třídě, tedy český jazyk, matematiku, angličtinu a přírodovědu (prvouku). Dvě děti ovšem řekly, že se v nemocnici věnují pouze češtině, matematice a angličtině. Paní učitelka v rozhovoru potvrdila, že to, jaké předměty se děti v nemocnici učí, souvisí také s délkou jejich hospitalizace. Zároveň dodává, že hospitalizované děti jsou osvobozeny od tělesné výchovy. Ostatním výchovám (hudební, výtvarné a pracovní) se děti věnují odpoledne v rámci volnočasových aktivit. Základním předmětů se pak děti věnují vždy v dopoledních hodinách.

Také o tom, kolik dětí je vyučováno najednou, rozhoduje jejich zdravotní stav. Téměř všichni respondenti se s paní učitelkou učí sami. Pouze dva z nich dodali, že se někdy učí s někým dalším. Podle slov paní učitelky jsou obvykle společně vyučovány maximálně

čtyři děti. Podotýká, že některé děti, ačkoli by se rády společné výuky zúčastnily, musí být v izolaci. Pak nezbývá, než je individuálně vyučovat na pokoji. Zároveň však dodává, že sama upřednostňuje výuku v rámci skupinky, kterou vnímá jako vhodnější i pro děti. Alespoň částečně jim totiž může vynahradit třídu, kterou v nemocnici nemají. Z výpovědí je tedy patrné, že nelze vždy vyhovět přání dětí nebo paní učitelky. Pokud si dětský pacient přeje zúčastnit se kolektivní výuky a jeho zdravotní stav to neumožňuje, musí se vyrovnat s další překážkou, kterou s sebou hospitalizace přináší. To se samozřejmě může projevit i na psychickém stavu pacienta. Proto je důležité, aby na něj okolí působilo pozitivně a povzbudivě. Dokladem toho je i výrok paní učitelky: „... *asi bych k tomu dodala, že i pro to dítě musíte být vždycky dobře naladěna. Optimálně tak, abyste na něj přenášela kladné myšlení a nedávala nijak najevo, že třeba máte i starost o jeho zdraví.*“

Součástí výuky je také klasifikace. Přestože všichni respondenti uvedli, že v rámci výuky v nemocnici nemají ústní zkoušení ani písemný test, za svou práci jsou hodnoceni. Většina dětí potvrdila, že je v nemocnici klasifikována známkami. I v tomto směru je nutné, aby byla paní učitelka dostatečně flexibilní. Její snahou totiž je, aby se forma klasifikace v nemocnici co nejvíce podobala té, na kterou jsou děti ze své kmenové školy zvyklé. Způsob klasifikace paní učitelka shrnuje slovy: „*Pokud vyučuji děti, které ve své kmenové škole mají pouze slovní hodnocení, tak se to snažíme respektovat a hodnotit je tak i tady. Pokud mají klasické hodnocení známkami, pokračujeme v tom klasickém hodnocení.*“ Děti jsou klasifikovány jak ze základních předmětů, tak i z výchov, kterým se věnují v rámci odpoledních volnočasových aktivit.

Jelikož je pobyt respondentů v nemocnici intermitentní, vyvstává otázka, zda se věnují učivu i v době, kdy jsou doma – tedy v době mezi léčebnými terapiemi na Klinice. Všichni respondenti uvedli, že se učivu věnují i mimo vyučování. Částečně jsou k tomu vedeni domácími úkoly, které většina z nich od paní učitelky dostává, ačkoli jeden respondent přiznal, že jsou to úkoly velmi lehké a zaberou málo času. Některé děti se svěřily, že jim doma s učivem pomáhá i jejich maminka. Není tedy výjimkou, že vzdělávací funkci částečně přejímají také rodiče hospitalizovaných dětí.

5.8.3 Analýza rozhovorů: Komunikace s kmenovou třídou dětského pacienta

Další oblast, která byla v rámci výzkumného šetření zkoumána, je komunikace s kmenovou třídou. Paní učitelka zmínila, že pro její profesi je velice důležitá flexibilita. Musí totiž obsah a množství učiva vždy podřídít aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. Zároveň se však snaží výuku přizpůsobit tak, aby se děti učily to samé, co jejich spolužáci v kmenové třídě. Podotkla, že právě možnost navázat se svou třídou a neopakovat ročník, je pro děti hlavní motivací k tomu, aby se učivu věnovaly i v nemocnici. To znamená, že je nutné, aby byla paní učitelka v kontaktu s třídními učitelkami všech hospitalizovaných dětí, které učí.

Paní učitelka v rámci rozhovoru shrnula, v jakých situacích je nepostradatelná spolupráce s kmenovou třídou pacienta. První kontakt s třídním učitelem navazuje zpravidla poté, co je dítě zapsáno do výuky ve škole při nemocnici. V tu chvíli je třídní učitel informován o tom, že jeho žák/žákyně bude během hospitalizace vzděláván/a v rámci školy při nemocnici.

Aby mohla být výuka dle slov paní učitelky tzv. žákovi šitá na míru a dítě se tak věnovalo stejnému učivu jako jeho kmenová třída, musí mít paní učitelka k dispozici podklady pro výuku, které jí poskytuje třídní učitelka z kmenové školy. Paní učitelka ze školy při nemocnici podotkla, že se s třídní učitelkou spojuje zpravidla prostřednictvím e-mailu, ve kterém obdrží tematické či individuální plány pro výuku žáka. Po získání podkladů pro výuku se frekvence komunikace u jednotlivých učitelů liší. To dokazuje tento výrok paní učitelky: „... *když toto mám, tak už tak často nemusím, ale jsou někteří učitelé, kteří mi to chtějí dodávat třeba po týdnu, tak to pak komunikujeme častěji.*“ Jak často dochází ke komunikaci mezi školami je tedy také dáno tím, zda se třídní učitelka rozhodne, že pošle tematické plány najednou, nebo zda je bude posílat průběžně. Výrok respondenta E dokonce svědčí o tom, že je třídní učitelka v přímém kontaktu s respondentem E a jeho rodinou: „... *nebo jedeme za mojí paní učitelkou a ta nám dá nějaký sešity nebo něco, co jsme prostě dělali, abych se to mohl doučit.*“ Lze proto říci, že zásadním faktorem je i to, jak se k výuce hospitalizovaného dítěte postaví i třídní učitelka z kmenové třídy žáka, tedy jakým způsobem se podílí na dodávání podkladů pro výuku. Paní učitelka podotýká: „...učitel zde musí být velmi flexibilní a reagovat na různé požadavky kmenových škol.“

Komunikace s kmenovou třídou by měla zahrnovat také podklady pro klasifikaci žáka, přičemž dle výpovědi paní učitelky je třídní učitelka o klasifikaci žáka pravidelně informována vždy na konci pololetí a na konci školního roku. Dále pak záleží na kmenové škole pacienta, zda žák bude moci být klasifikován na základě podkladů učitelky z nemocnice či ne. Co se dále týká podkladů, které poskytuje škola při nemocnici kmenové škole, paní učitelka dodává: „*A ještě potom ke čtvrtletí, prvnímu nebo třetímu, vždy zasíláme škole zprávu o tom, že žák je zde vyučován.*“

Na základě výpovědi paní učitelky lze tedy podat přehled o zásadních informacích, které vzájemně škola při nemocnici a kmenová škola pacienta sdílí. Kmenová škola potřebuje být informována nejen o faktu, že je žák v nemocnici vzděláván, ale také o tom, jak dané učivo zvládá. Škole při nemocnici naopak musí být od kmenové školy dodávány podklady pro výuku a informace o žákovi, které se s vyučovacím procesem přímo pojí. V tomto směru paní učitelka zmiňuje: „*...pokud má žák nějaké specifické poruchy učení a má individuální plán nebo nějaká doporučení z pedagogicko-psychologické poradny, tak většinou i s tím mě učitel seznámí.*“ Z rozhovoru s paní učitelkou tedy jasně vyplývá, že spolupráce s kmenovou třídou pacienta je pro její práci velice důležitá. Na závěr paní učitelka zdůraznila, že v žádném případě však nemocničním pedagogům nepřísluší informovat kmenovou školu o zdravotním stavu žáka. V této oblasti smí být kmenová škola informována pouze zákonným zástupcem dětského pacienta.

5.8.4 Interpretace pozorování

V průběhu prvního dne na Klinice jsem měla možnost pozorovat nejen kdy, kde a jakým způsobem výuka probíhá, ale také to, jak je výuka přizpůsobována léčebným terapiím a jaká panuje mezi dětmi atmosféra. Jelikož jsou děti na Klinice doprovázeny také svými rodiči, setkala jsem se v rámci pozorování také s tím, jak ke svým dětem a výuce přistupují. Výuka probíhala přímo na Klinice, kde jsou děti hospitalizovány. Jelikož je veškerý personál nemocnice včetně paní učitelky povinen nosit zdravotnický oděv, hned na první pohled lze mezi dospělými odlišit zaměstnance nemocnice od rodiče pacienta.

Již na první pohled bylo znát, že paní učitelka musí být ve své práci velmi flexibilní. Po příchodu na oddělení se setkávala s rodiči a zdravotníky, se kterými konzultovala zdravotní stav pacientů. Konečné rozhodnutí, zda bude pacient vyučován, však ve všech případech

padlo až v momentě, kdy sám dětský pacient souhlasil. Paní učitelka tedy dopředu nevěděla, koho bude ten den vyučovat, vše se odvíjelo od zdravotního stavu pacienta. V několika případech byla také výuka nepatrně narušena příchodem sestry, která dětem nesla léky nebo vyměňovala infuzní roztok (s výjimkou jednoho pacienta probíhala u všech dětí infuzní terapie).

Během tohoto dne byly v dopoledních hodinách vyučovány celkem čtyři děti. Tři děti byly vyučovány v herně, která je v současné době (po nedávném stěhování Kliniky) využívána jako učebna. Jeden dětský pacient byl vyučován na pokoji, protože mu jeho zdravotní stav nedovoloval opustit lůžko. Výuka trvala ve dvou případech přibližně 30 minut, ve dvou dalších byla výuka přerušena zhruba po 10 minutách z důvodu únavy pacientů. Děti byly vyučovány převážně individuálně, pouze v jednom případě se k již vyučovanému pacientovi připojil po několika minutách druhý. Dvě děti tedy byly ten den vyučovány jak individuálně, tak ve dvojici (u těchto dvou dětí nebyla výuka předčasně ukončena). V tomto případě se však jednalo o žáky z jiných ročníků (2. a 5. ročník), tudíž se paní učitelka věnovala i v tomto případě každému dítěti zvlášť. Zatímco pracovala s jedním pacientem, druhý měl samostatnou práci a naopak. Všechny děti se paní učitelka průběžně ptala, jak se cítí a jestli nejsou unavené.

Kromě jednoho pacienta navštěvujícího 2. ročník ZŠ byly všechny pozorované děti žáky 5. ročníku ZŠ. V rámci výuky se všechny čtyři děti věnovaly českému jazyku a matematice. Pouze v jednom případě došlo také na přírodovědu. Před zahájením výuky paní učitelka vždy kontrolovala práci, kterou děti udělaly samostatně nebo s rodiči. Tuto práci zkontrolovala a oznámkovala. Během výuky se pak průběžně ujistovala, že žák dané látky rozumí. Obsah učiva vždy přizpůsobovala potřebám žáka. Kromě výkladu zadávala dětem samostatnou práci, kterou poté také oznámkovala. Znamky pak zapisovala přímo do žákovských knížek pacientů, které si s sebou přinesli ze svých kmenových škol. Děti byly také vyučovány podle učebnic, které ve své kmenové škole používají. Všichni tři žáci 5. ročníku měli rozdílné učebnice, což opět vyžadovalo přizpůsobivost paní učitelky, která se vždy dokázala v učebnicích rychle zorientovat, přestože konstatovala, že některé jí vyhovují více a některé méně. Jiné učební pomůcky než učebnice a pracovní sešity při výuce používány nebyly.

Na Klinice panovala po celou dobu velice příjemná atmosféra. Paní učitelka, zdravotnický personál i rodiče působili velmi pozitivně. Rodiče byli svým dětem nablízku po celou dobu výuky. Zatímco dvě děti byly v doprovodu obou rodičů, zbylí dva pacienti byli doprovázeni pouze matkou. Rodiče do výuky nijak nezasahovali, pouze ve dvou případech před začátkem výuky sdělili paní učitelce, jakému učivu se s dětmi doma věnovali. Ve všech případech byli rodiče na své děti milí, ale zároveň velmi důslední až přísní. Dbali na to, aby dítě s výukou nezažalo a věnovalo učivu potřebný čas a péči. Všechny děti byly milé a navzdory situaci, se kterou se potýkají, byly plné optimismu. Zároveň však působily poněkud zakřiknutě, byly spíše tiché a bylo znát, že jsou unavené. Po příchodu paní učitelky projevovaly radost, že se budou učit.

Na konci výuky jsem měla možnost nahlédnout do materiálů paní učitelky, které obsahovaly tematické plány od jednotlivých učitelů z kmenových škol pacientů. Některé plány byly velmi detailní a obsahovaly například rozpis na každý týden, názvy kapitol, čísla stránek v učebnici apod. Jiné byly naopak velmi stručné až nedostatečné.

5.9 Výzkumná zjištění

Výzkumné šetření směřovalo k poznání, jaká jsou specifika vzdělávání hospitalizovaných dětí a jaký mají tyto děti k výuce vztah. Výzkum byl prováděn na klinickém pracovišti, kde jsou hospitalizovány děti s onkologickým onemocněním. Pro výzkumné šetření byly formulovány tři otázky: Jaký mají děti vztah k výuce v nemocnici? Jak je výuka v nemocnici organizována? Jak probíhá komunikace s kmenovou třídou pacienta?

Výzkum prokázal, že všechny dotazované děti mají k výuce v nemocnici velmi pozitivní vztah. Ve většině případů se děti shodly, že jim vyhovuje zejména individuální přístup paní učitelky. V zásadě jsou spokojeny s tím, že je výuka zcela přizpůsobena jejich zdravotnímu stavu a mají tak možnost, aby byla výuka předčasně zrušena, nebo aby se vůbec nekonala. Některé děti se shodly, že se toho v nemocnici naučí více než ve své kmenové třídě. V tomto směru oceňují zejména klid na práci, který jde ruku v ruce s individuální výukou, která jim je poskytována. K odlišným názorům docházelo v tom, jak děti vnímají absenci kolektivu. V tomto případě děti zastávaly na jedné straně názor, že v nemocnici nikdo nekřičí a neruší je během výuky. Jiné děti naopak postrádají kamarády ze své kmenové třídy.

Výpovědi dětí většinou korespondovaly s výroky paní učitelky. Výuka je v první řadě vždy přizpůsobena zdravotnímu stavu pacienta. Pokud pacientův stav dovolí, aby byl schopen výuky, vidí paní učitelka pozitiva v tom, že se díky individuálnímu přístupu může zaměřit například na učivo, které žák potřebuje upevnit. Zároveň však dle jejího názoru děti v nemocnici postrádají kolektiv, který vnímá jako motivaci k učení se. Přesto mají podle slov paní učitelky děti k výuce v nemocnici kladný vztah a baví je učit se v průběhu hospitalizace. V rámci organizace výuky paní učitelka také zdůrazňuje, že je nutné být dostatečně flexibilní. Musí totiž reagovat na aktuální potřeby žáků a výuku jim tzv. ušít na míru. Zdravotní stav dětí rozhoduje o tom, zda se dítě výuky zúčastní a pokud ano, zda bude výuka probíhat na pokoji nebo v učebně. Třebaže paní učitelka upřednostňuje skupinovou výuku, dotazované děti se shodly, že jsou většinou vyučovány jednotlivě.

Všechny dotazované děti uvedly, že se školním povinnostem věnují i mimo vyučování. Výzkum potvrzuje, že mimoškolně se děti věnují učivu především s matkou. Za práci, kterou udělají doma, jsou pak v nemocnici hodnoceny. Stejně tak v průběhu výuky dostávají samostatné práce, které jsou klasifikovány. Ve většině případů došlo u respondentů ke shodám, že se v nemocnici učí stejné předměty, jako ve své kmenové třídě, tedy český jazyk, matematiku, anglický jazyk a přírodovědu (prvouku). To potvrzují i slova paní učitelka, která dodala, že děti se kromě tělesné výchovy, od které jsou osvobozeny, věnují také výchově hudební, výtvarné a pracovní. Výchovám je oproti základním předmětům věnován čas v odpoledních hodinách. Z výchov jsou děti také klasifikovány.

Velkou snahou paní učitelky je výuku v nemocnici maximálně připodobnit výuce, na kterou jsou děti zvyklé ze své školy, a to včetně způsobu hodnocení. Hodnocení známkami silně převažuje, slovní hodnocení dotazované děti víceméně popírají (pouze jeden respondent uvedl, že občas dostává také hodnocení slovní). Hodnocení žáka paní učitelka sdílí také s jeho kmenovou třídou, a to vždy na konci prvního a druhého pololetí. Škola při nemocnici také zasílá kmenové škole potvrzení o výuce žáka v průběhu hospitalizace, a to vždy na začátku hospitalizace a dále k prvnímu a třetímu čtvrtletí. Paní učitelka od kmenové třídy pacienta naopak vyžaduje podklady pro výuku, tedy pracovní plány, přičemž zde dochází k výrazným rozdílům. Některé plány jsou velmi detailní, jiné naopak

příliš stručné. Stejně tak frekvence jejich zasílání se velmi liší. Zatímco někteří učitelé zasílají plány každý týden, jiní preferují plány vypracované na delší časové období. Jeden z dotazovaných respondentů dokonce uvedl, že mu paní učitelka z kmenové třídy dodává materiály také osobně. Individuální přístup je tedy nutný také z důvodu rozdílných pracovních plánů a zároveň rozdílných učebních materiálů. Během výzkumu bylo zjištěno, že všichni pozorovaní žáci stejných ročníků mají různé učební materiály.

Kmenové školy nejsou za žádných okolností školou při nemocnici informovány o zdravotním stavu dětského pacienta. Toto přísluší, dle výroku paní učitelky, pouze jejich zákonným zástupcům.

Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je realita vzdělávání hospitalizovaných dětí. Výzkumné šetření je konkrétně zaměřeno na následující oblasti: vztah dětí k výuce v nemocnici, organizaci výuky a komunikaci školy při nemocnici s kmenovou třídou dětského pacienta. V souladu s těmito oblastmi byly formulovány výzkumné otázky, jež byly zkoumány prostřednictvím kvalitativního výzkumu vedeného formou rozhovorů a pozorování. Cílem této diskuze je konfrontovat výzkumná zjištění s teoretickými poznatky.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jaký mají děti k výuce v nemocnici vztah, tedy jak přijímají fakt, že se během jejich hospitalizace také učí. Výzkumné šetření směřovalo k poznání, že děti mají k výuce v nemocnici velice pozitivní vztah, což je v souladu s poznatky z odborné literatury, které jsou uvedeny v teoretické části diplomové práce. Ve většině případů se děti shodovaly, že jim vyhovuje individuální přístup paní učitelky, která dětem výuku maximálně přizpůsobuje dle jejich potřeb. Děti například uváděly, že se mohou v nemocnici lépe soustředit, více se toho naučí ve srovnání s jejich kmenovou třídou a mohou požádat o ukončení výuky v případě, že jim není dobře. Výzkum také potvrdil odborné poznatky týkající se náročnosti práce učitelky ve škole při nemocnici, která musí volit vhodné metody a formy práce s dětmi, motivovat je a zároveň brát v potaz i jejich zdravotní stav, kterému musí vše podřídít. Mnoho respondentů se shodlo, že v nemocnici postrádají kolektiv, který jim poskytuje jejich kmenová třída. Potřeba interakce s vrstevníky je zcela přirozená i z vývojového hlediska - děti se v tomto věku v rámci kolektivu učí komunikovat, spolupracovat, soutěžit apod. Být součástí kolektivu je proto v tomto věkovém období zcela zásadní, a pokud chybí, děti v tomto ohledu strádají.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jak je výuka ve škole při nemocnici organizována. Tuto oblast považuji za nejsložitější, jelikož výuka v nemocnici je založena na naprosto individuálním přístupu a její organizace je velmi náročná. Skutečnost, že je výuka v nemocnici maximálně přizpůsobena dětským pacientům potvrzuje jak teorie, tak výroky dotazovaných respondentů. Děti se dle svých možností učí buď na svém pokoji, nebo dochází do učebny. Stejně tak délka výuky, obsah a množství učiva jsou podřízeny aktuálnímu stavu pacienta. Co se týká výuky žáků stejného ročníku, výzkumná zjištění se v některých ohledech ve srovnání s teorií lišila. Teorie uvádí, že žáci ze stejných ročníků

jsou na počátku hospitalizace vzdělávání podle rozdílných pracovních plánů. Z toho lze usoudit, že je po čase jejich pracovní plán sjednocen. Výzkum však ukázal, že všechny děti jsou vzdělávány na základě rozdílných pracovních plánů, které škole při nemocnici zasílá učitel z kmenové třídy pacienta. Zároveň jsou děti vyučovány podle různých učebnic, aby pracovaly se stejnými výukovými materiály jako jejich kmenová třída. Důvodem nejednotných pracovních plánů může být to, že pobyt dětí na Klinice je intermitentní (léčebné terapie jsou aplikovány postupně) a zároveň ne vždy je možná skupinová výuka. Je tedy otázkou, zda se podle stejných pracovních plánů neučí děti na jiných odděleních a klinikách, jejichž pobyt v nemocnici je dlouhodobý a bez přerušení hospitalizace. Výuka dětí hospitalizovaných na jiných klinikách a odděleních tak nabízí možnost dalšího zkoumání. Výzkum potvrdil také poznatky z odborné literatury týkající se rodičů hospitalizovaného dítěte. Ve většině případů je s dětským pacientem hospitalizována jeho matka, která tak se svým dítětem tráví většinu času v nemocnici. V rámci pozorování i rozhovorů bylo zjištěno, že rodiče (matky) podporují zájem dítěte o učení a na jeho vzdělávání se také aktivně podílejí.

Na problematiku klasifikace nahlíží teorie ve srovnání s výzkumným zjištěním v některých aspektech odlišně. Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že jsou klasifikováni známkami. Pouze jeden respondent uvedl, že občas dostává také slovní hodnocení. Teorie přitom uvádí, že děti v nemocnici dostávají zpravidla slovní hodnocení. Podle slov paní učitelky je hlavní snahou nemocničních pedagogů výuku v nemocnici co nejvíce připodobnit výuce, na kterou jsou děti zvyklé ze své kmenové třídy. Aby to bylo možné, musí být škola při nemocnici v kontaktu s kmenovou školou dětského pacienta. Kromě pracovních plánů sdílí třídní učitel s nemocničním pedagogem také informace o žákovi a o výuce v kmenové třídě. Výpovědi dětí i pozorování výuky prokázaly, že děti jsou v nemocnici hodnoceny především známkami. Slovnímu hodnocení se však paní učitelka nebrání, pokud jsou na něj děti ze své kmenové školy zvyklé.

Metody rozhovoru a pozorování byly pro sběr dat vhodné. Co se týká rozhovorů s dětmi, byla jsem překvapena, jak stručné jsou jejich odpovědi. V průběhu výzkumu jsem přemýšlela nad tím, jaké otázky volit, aby se děti více rozmluvily. Domnívám se však, že jsou stručné odpovědi adekvátní jejich vývojovým předpokladům a zdravotnímu stavu,

který s sebou přináší jistá omezení (nevolnost, únava apod.). Z toho důvodu hodnotím kladně volbu metody pozorování, která mi umožnila lepší vhled do problematiky vzdělávání dětí v nemocnici, než by mi poskytly pouze samotné rozhovory.

V průběhu výzkumného šetření mě napadlo, zda do výzkumného vzorku nezařadit také dětské pacienty z jiných klinik a oddělení. Tento výzkum je zaměřen na pacienty s onkologickým onemocněním. Z toho důvodu je také v teoretické části práce věnováno více prostoru onkologicky nemocným dětem. Každý druh postižení či onemocnění, ať už tělesného nebo duševního, které s sebou přináší nutnost hospitalizace dítěte, má svá specifika. Z toho důvodu je dle mého názoru vhodné na ně v rámci výzkumu nahlížet odděleně. Uvědomuji si, že výzkumná zjištění nelze vnímat jako obecně platná pro všechny hospitalizované děti, neboť děti hospitalizované na jiných klinikách a odděleních se mohou potýkat s výrazně horším či naopak příznivějším zdravotním stavem, což má samozřejmě nezanedbatelný vliv na jejich vnímání okolního světa. Předpokládám, že jiná zjištění by přinesl výzkum dětí hospitalizovaných například na psychiatrickém oddělení, kde může být alterována psychická stránka dítěte. Stejně tak by se mohly lišit výsledky u dětí s ortopedickými diagnózami, které s sebou přináší pohybová omezení, která mohou mít pro děti zásadní dopad. Problematiku vzdělávání hospitalizovaných dětí proto vnímám jako téma, které nabízí mnoho prostoru pro další výzkumná šetření.

Závěr

Diplomová práce se zabývala výchovou a vzděláváním hospitalizovaných dětí. Práce s dětmi, které jsou kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu vytrženy ze svého každodenního života, má svá specifika, na která tato práce poukazuje. Důvody, které mne vedly k výběru tématu, objasňuji v úvodu práce. Ráda bych však podtrhla jeho aktuálnost v každé době, proto považuji šíření povědomí o této problematice za přínosné.

Teoretická část nejprve vymezila specifika tělesného a duševního vývoje dítěte navštěvujícího první stupeň základní školy. Dále navazovaly kapitoly vážící se přímo k hospitalizaci dítěte, tedy přehled nejčastějších onemocnění a úrazů v tomto věku, potřeby dítěte a jejich (ne)uspokojování během pobytu v nemocnici a vlastní prožívání nemoci. Navazující kapitoly pak byly zaměřeny na rodinu a vzdělávání dětského pacienta.

V rámci empirické části bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu vedeného formou rozhovorů a pozorování zjišťováno, jaká je realita vzdělávání hospitalizovaných dětí. Jelikož se výzkum zaměřuje na pacienty s onkologickým onemocněním, je v teoretické části věnováno více prostoru onkologicky nemocným dětem. Na základě teorie byly stanoveny výzkumné otázky týkající se vztahu dětí k výuce v nemocnici, organizace výuky a komunikace s kmenovou školou dětského pacienta. Výzkumná část obsahuje také popis zvolených metod, výzkumného vzorku, sběru dat a jejich interpretaci.

Na empirickou část navazuje diskuze, jež porovnává výzkumná zjištění s teoretickými poznatky. V diskuzi byly zároveň uvedeny faktory, kterými mohly být výsledky výzkumu ovlivněny. V neposlední řadě diskuze nabídla možnosti dalšího zkoumání problematiky vzdělávání dětí v nemocnici.

Prostudováním odborné literatury jsem si ujasnila řadu pojmů a získala obrovské množství nových poznatků. Z teorie je velmi patrné, jak úzce spolu souvisí vývoj dítěte (psychický i tělesný), jeho potřeby a nejčastější zdravotní komplikace v tomto období. Na dětského pacienta je proto potřeba nahlížet komplexně a brát v potaz veškeré faktory, které na něj působí (změna prostředí, zdravotní stav, léčebné terapie apod.). V tomto kontextu nelze opomenout také rodinu pacienta, která pro něj představuje hlavní oporu. Výchovný postoj rodičů má také velký vliv na to, jak pacient samotný svou nemoc prožívá. V tomto ohledu

vidím obrovský přínos spolupráce rodičů s odborníky (nemocniční pedagogové, lékaři apod.), která rodičům může do jisté míry pomoci volit vhodné přístupy k nemocnému dítěti. K duševní pohodě dětského pacienta výrazně přispívá také škola při nemocnici. Ta žákovi umožňuje nejen zpestření pobytu v nemocnici, ale zároveň mu pomáhá, aby nezanedbal učivo a mohl po ukončení hospitalizace navázat opět se svou třídou. Práce nemocničního pedagoga však vyžaduje schopnost flexibility, aby žák mohl být vyučován a nepřetěžován zároveň. Obsah i rozsah učiva je proto nutné přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta.

Výzkum zaměřený na vzdělávání onkologicky nemocných dětí přinesl mnohá zjištění, přičemž většina z nich byla v souladu s teoretickými poznatky. Výuka je maximálně přizpůsobena zdravotnímu stavu pacienta – ten rozhoduje o tom, zda výuka vůbec proběhne a pokud ano, za jakých podmínek. Každému pacientovi je tak zajištěn individuální přístup, díky kterému mají děti k výuce v nemocnici velmi pozitivní vztah. Většina dětí ovšem v nemocnici postrádá kolektiv, na který je zvyklá z kmenové školy. Snahou pedagoga ve škole při nemocnici je dítěti přizpůsobit nejen obsah a rozsah učiva, ale také způsob výuky, na který je zvyklý ze své kmenové třídy. To mu zaručuje kontakt s třídním učitelem pacienta, který s ním sdílí všechny potřebné informace (týdenní plány apod.). Škola při nemocnici naopak poskytuje kmenové škole pacienta návrh klasifikace a potvrzení o výuce v průběhu hospitalizace.

Domnívám se, že by tato práce mohla být přínosná pro další výzkumníky, kteří se o toto téma zajímají. Nabízí se zde například možnost prozkoumat vzdělávání dětí s jiným než onkologickým onemocněním, která by umožnila porovnání získaných dat. Pevně doufám, že v následujících letech bude věnováno dostatek prostoru dalšímu zkoumání tématu výchovy a vzdělávání hospitalizovaných dětí. Kromě naplnění stanovených cílů považuji za neopomenutelný přínos této diplomové práce možnost zpestřit dětským pacientům alespoň částečně jejich pobyt v nemocnici. Díky této práci jsem se setkala s úžasnými dětmi a jejich rodiči, kterým patří můj obdiv za jejich neoblomnou statečnost a životní sílu.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Čáp, Jan, Mareš, Jiří (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-463-X.
- Čechová, Věra, Mellanová, Alena a Kučerová, Hana (2004). *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-028-8.
- Dlouhá, Jana, Dlouhý, Martin a kol. (2015). *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-838-7.
- Dunovský, Jiří a kol (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: GRADA. Psyché (GRADA). ISBN 80-7169-254-9.
- Ferjenčík, Ján (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 2. vydání. Přeložil Petr Bakalář. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
- Gavora, Peter (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Přeložil Vladimír Jůva. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- Hájek, Karel (2006). *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-107-7.
- Helus, Zdeněk (2004). *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-888-0.
- Helus, Zdeněk (2015). *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-4674-6.
- Hendl, Jan (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- Kábele, František a kol. (1993). *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-533-5.
- Kotulán, Jaroslav a kol. (2012). *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 3. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 9788021057630.
- Křivohlavý, Jaro (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: GRADA. Psyché (GRADA). ISBN 80-247-0179-0.

Langmeier, Josef, Šitz, Jan a Balcar, Karel (2000). *Dětská psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-381-1.

Matějček, Zdeněk (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2.

Matějček, Zdeněk (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-92-7.

Matějček, Zdeněk, Dytrych, Zdeněk (1997). *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: GRADA. ISBN 80-7169-587-4.

Mellanová, Alena, Čechová, Věra a Rozsypalová, Marie (2014). *Speciální psychologie*. 5., přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.

Plevová, Ilona a Slowik, Regina (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-2968-8.

Průcha, Jan (1995). *Pedagogický výzkum: uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-132-3.

Švaříček, Roman, Šedřová, Klára a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vágnerová, Marie (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

Valenta, Milan a kol. (2008). *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.

Zahálková, Milada (2000). *Pediatric pro speciální pedagogii*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2327-9.

Elektronické zdroje

ABZ slovník českých synonym - <http://www.slovník-synonym.cz/>

Bezděková, Marie (2007). Děti se mají v nemocnicích lépe, stres však zůstává. [online] TÝDEN.cz. Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-stres-vsak-zustava_17392.html [citováno 22. 2. 2019]

Burdová, Václava (2015). Škola v nemocnici? Výuka na lůžku děti baví víc než v lavici. [online] PRAŽSKÝdeník.cz. Dostupné z: https://prazsky.denik.cz/zpravy_region/skola-v-nemocnici-vyuka-na-luzku-deti-bavi-vic-nez-v-lavici-20151029.html [citováno 22. 6. 2019]

Hirsch, Larissa, MD (2015). Caring for a Seriously Ill Child. [online] KidsHealth.org. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/seriously-ill.html?WT.ac=ctg#catill>, [citováno 16. 6. 2019]

Horák, Jan (2019). „Nechtěla jsem být bez vlásků.“ Rakovinu přežívalo 30 procent dětí, teď jich je téměř devadesát. [online] LIDOVKY.cz. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/domov/nechtela-jsem-byt-bez-vlasku-rakovinu-prezivalo-30-procent-deti-ted-jich-je-temer-devadesat.A190215_131031_ln_domov_jho [citováno 25. 6. 2019]

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2013 – 2019). Vyhláška č. 27/2016 Sb. O vzdělání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění účinném od 1.1.2018. [online] MŠMT. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-2> [citováno 25. 6. 2019]

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2008). Dětské úrazy v ČR. [online] MZČR. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/detske-urazy-v-cr_2042_1011_3.html [citováno 15. 4. 2019]

Nadační fond Klíček (2008). Charta práv hospitalizovaných dětí Evropské asociace na podporu dětí v nemocnici (EACH) [online] DETIVNEMOCNICI.cz. Dostupné z: <http://www.detivnemocnici.cz/charter/index.html> [citováno 25. 6. 2019]

Taggi, Alycia M., CBIS (2015). Balancing Academics and Serious Illness. [online] KidsHealth.org. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/academics-illness.html?fbclid=IwAR2St85G1Em7JD9PAwux7rShK4EMQISEL80C8BOFGPzvIYpLOr093HcDaqII>, [citováno 16. 6. 2019]

Seznam příloh

Příloha 1 – Přepis rozhovoru 1

Příloha 2 – Přepis rozhovoru 2

Příloha 3 – Přepis rozhovoru 3

Příloha 4 – Přepis rozhovoru 4

Příloha 5 – Přepis rozhovoru 5

Příloha 6 – Přepis rozhovoru 6

Příloha 7 – Přepis rozhovoru 7

Příloha 1 – Přepis rozhovoru 1

Paní učitelka

1. Jak dlouho vykonáváte svou profesi učitelky ve škole při nemocnici?

Já už vlastně tady pracuji od roku 1988, takže to je do dnešního dne vlastně 31 let. Ale ještě předtím jsem pracovala ve škole při nemocnici v Písku, tam jsem působila rok. Takže 32 let dohromady.

2. Co Vás vedlo k této profesi?

Popravdě je to tak, že jako dítě jsem sama byla často hospitalizována v nemocnici. Nejprve v předškolním věku, kdy jsem se tam s paní učitelkou z mateřské školy účastnila různých vyrábění a výtvarných činností a velmi ráda na to vzpomínám. I když v nemocnici jsem nebyla jako dítě ráda, tak na ty chvíle, které jsem trávila tam ve škole, ráda vzpomínám. A potom později vlastně, když už jsem byla školou povinná, jsem se v nemocnici i učila. Což mi potom pomáhalo překonat období, kdy jsem nebyla přítomna ve škole a mohla jsem dál pokračovat s dětmi. A ta práce se mi líbila a říkala jsem si, že v budoucnu bych mohla i sama toto vykonávat. Maminka taky byla učitelkou, ale vlastně v jiném zařízení, ne v nemocniční škole, ale tady po té zkušenosti z dětství, a když jsem si vybírala po gymnáziu vysokou školu a byl tam obor na pedagogické fakultě Speciální pedagogika, tak jsem si říkala, že to by bylo pro mě a i jsem chtěla někomu při tom svém povolání pomáhat, tak jako jsem to zažila v dětském věku.

3. Jaká jsou podle Vás úskalí Vaší profese?

Tak osobně vidím asi největší úskalí v tom, že když pracujete s dlouhodobě hospitalizovanými žáky, tak se mezi vámi vytváří užší vztah mezi učitelem a žákem. A vlastně osud toho každého žáka, s kterým pracujete, vám už nemůže být dále nějak lhostejný nebo cizí. Ale asi bych k tomu dodala, že i pro to dítě musíte být vždycky dobře naladěna. Optimálně tak, abyste na něj přenášela kladné myšlení a nedávala nijak najevo, že třeba máte i starost o jeho zdraví.

4. Jaké předměty učíte děti na 1. stupni? Souvisí to s délkou jejich hospitalizace?

Samozřejmě, že to souvisí. Já pracuji převážně s dětmi dlouhodobě hospitalizovanými, takže vyučujeme všechny předměty, které děti mají ve své škole, kromě tělesné výchovy, od které jsou osvobozeny. Výchovy jako výtvarná výchova, pracovní vyučování a hudební výchova, děti mají v rámci odpoledních volnočasových aktivit. A dopoledne se tedy učí základní předměty. Český jazyk, matematiku, do třetí třídy prvouku a čtvrtá a pátá třída vlastivědu a přírodovědu.

5. Jak podle Vás děti vnímají, že se v nemocnici musí také učit?

Myslím si, že víceméně pozitivně, protože většinou se děti chtějí vrátit zpátky do své třídy a samy si uvědomují, že to učivo by nemohly po té hospitalizaci nějak rychle se doučit, protože už na začátku léčby jim lékař většinou říká, že ta léčba bude dlouhodobější. Takže i při prvním pohovoru s dětmi jim řekneme, že ta škola je tu hlavně proto, aby potom mohly navázat se svými spolužáky a postoupit do dalšího ročníku a nemusely opakovat, že tady vlastně tu výuku budou mít obsahem učiva stejnou jako ve škole, a že se i spojují s jejich paní učitelkou a ona mi zasílá podklady pro tu výuku, tak si myslím, že to tak berou a jsou rády, že se tu budou učit.

6. Kde výuka probíhá?

Tak to záleží na tom konkrétním žákovi. Je lepší, když se děti mohou učit třeba ve skupinkách v herně, ale opravdu to vždy záleží na tom aktuálním zdravotním stavu ten den a vlastně i na tom, jestli ten žák absolvuje i nějakou intenzivnější léčbu, kdy je opravdu pro něj lepší být na tom pokoji a na lůžku.

7. Kdy výuka probíhá?

Výuka probíhá v dopoledních hodinách. Základní předměty vždy v dopoledních hodinách, jednou týdně mám odpolední výuku, tak při té můžeme ještě doplňovat učivo nebo se věnovat ještě procvičování nebo vlastivědě, přírodovědě.. a odpoledne jak jsem říkala, probíhají víceméně volnočasové aktivity, při kterých děti mají výchovy a z výchov jsou i také klasifikovány.

8. Kolik dětí obvykle učíte najednou?

To je různé, ale najednou si myslím, že je to tak do těch čtyř dětí. Ale je to opravdu různé, podle toho, jaká je možnost vzít si děti dohromady. Ještě bych tady podotkla, že některé

děti třeba mají izolaci, protože to vyžaduje jejich zdravotní stav a potom je opravdu musím vyučovat jenom individuálně na tom pokoji. I když často chtějí jít do herny a účastnit se toho vyučování ve skupince, tak to opravdu nejde.

9. Jaký počet vyučovaných dětí upřednostňujete a proč?

Nejlepší je to v té skupince. I pro ty děti, je jim to bližší, když tady nemůžeme mít třídu, tak aspoň ta skupinka. A myslím si, že skupinka mezi tak dvěma až čtyřmi dětmi je optimální, ale opravdu to záleží na těch konkrétních podmínkách, na tom oddělení a na tom, jak děti mohou nebo nemohou se zúčastnit vyučování ve skupince.

10. Jakým způsobem jsou děti hodnoceny za svou práci?

Snažím se je hodnotit podle toho, jak jsou zvyklé ze své kmenové školy. Pokud vyučuji děti, které ve své kmenové škole mají pouze slovní hodnocení, tak se to snažíme respektovat a hodnotit je tak i tady. Pokud mají klasické hodnocení známkami, pokračujeme v tom klasickém hodnocení.

11. Jak často komunikujete s třídním učitelem/třídní učitelkou z kmenové třídy pacienta?

Tak zpravidla po tom, co dítě zapíše k nám do výuky, se spojuji s třídní učitelkou z jeho kmenové školy a oznámím jí, že tady dítě při své hospitalizaci bude vyučováno. To je takové první spojení. Potom mi učitel dodá nějakou formou, většinou si to teď posíláme mailem, podklady pro vzdělávání. To znamená tematické plány nebo potom sám vytvoří nějaké plány individuální. A když toto mám, tak pak už tak často nemusím, ale jsou někteří učitelé, kteří mi to chtějí dodávat třeba po týdnu, tak to pak komunikujeme častěji. Rozhodně potom komunikuji s učitelem před klasifikací - jak pololetní, tak i klasifikací závěrečnou na konci roku, a domlouváme se, zda oni žáka na základě našich podkladů budou schopni klasifikovat. A ještě potom ke čtvrtletí, prvnímu nebo třetímu, vždy zasíláme škole zprávu o tom, že žák je zde vyučován.

12. Jaké informace po ní/něm vyžadujete?

Jak jsem říkala, nejprve jsou to podklady pro výuku. To znamená tematické plány. Dále s učitelem se domlouváme, pokud má žák nějaké specifické poruchy učení a má

individuální plán nebo nějaká doporučení z pedagogicko-psychologické poradny, tak většinou i s tím mě učitel seznámí.

13. Co s ním/s ní naopak Vy sdílíte?

Učitelé se často třeba ptají, jakou formou tady žák bude vzděláván nebo které předměty zde bude mít. Nemůžeme třeba mluvit s učitelem o zdravotním stavu žáka, to nám zásadně nepřísluší, takže to s ním skutečně sdílet nemůžeme, to musí sdílet se zástupcem žáka – s rodiči. A potom teda v době klasifikace se domlouváme, jak bude probíhat klasifikace.

14. Jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody výuky v nemocnici ve srovnání s výukou v běžné škole?

Já si myslím, že největší výhoda výuky tady v nemocnici je to, že ta výuka je individuální práce s žákem, že vlastně my můžeme při té individuální práci, i pokud s žákem pracujeme v rámci malé skupinky, lehce a brzy odhadnout, co třeba žák potřebuje procvičit, vysvětlit či doučit a podle toho tu výuku směřovat. Vlastně můžeme udělat výuku takzvaně žákovi šitou na míru. A ještě teda ta výuka tady často probíhá v přátelské atmosféře. K nevýhodám bych například řekla, že žáci ve třídě jsou tím kolektivem motivováni třeba k lepšímu výsledku, takže v té třídě třeba probíhají při výuce různé soutěže a tou soutěživostí a motivací pro ně může být ten kolektiv. Což tady není. Ještě je zde nutné respektovat aktuální zdravotní stav a tomu tu každodenní výuku podřídit. To znamená, že musíte být flexibilní a ne vždy se na to, co si připravíte, upnout, ale reagovat podle každodenního zdravotního stavu žáka a tomu podřídit i obsah té výuky a to množství poznatků, které mu předáváte. Ještě bych chtěla říct, že učitel i žák se musí při výuce v nemocnici vyrovnat také s různými rušivými vnějšími vlivy, které se často v danou chvíli odehrávají na pokoji i oddělení - například pláč jiných menších dětí. Nebo výuka může být přerušena nějakým vyšetřením nebo třeba injekcí a chvíli pak žáka zase musíme motivovat a uvést ho zpátky, aby se soustředil, byl pozorný. A jinak to už jsem říkala, že učitel musí řešit každodenně psychické naladění dětí. Ještě bych k tomu řekla, že v běžné škole se učitelé mohou potýkat s kázeňskými problémy. Tady v nemocnici je zase úkolem učitele spíše žáka k výuce motivovat a odvádět pozornost od nemoci. A tím vlastně dětem pomoci překonat náročné období v léčbě. A také učitel zde musí být velmi flexibilní a reagovat na různé požadavky kmenových škol. Asi takto.

Příloha 2 – Přepis rozhovoru 2 (dětský pacient)

Respondent A

Ročník: 5.

Pohlaví: žena

Místo: Učebna

1. Jak se ti tady líbí?

No, je to tady hezký, ale bývalo to hezčí na tom starým oddělení.

2. Potkala jsi tady nové kamarády?

Jo, hodně.

3. Baví tě výuka? Proč ano nebo proč ne?

Tak výuka mě baví, protože nemusím sedět na posteli.

4. Jaké předměty se tady učíš?

Češtinu, matiku, vlastivědu, přírodovědu, prostě všechno. Ale nejvíc češtinu a matiku.

5. Který z předmětů máš nejraději a proč?

Matiku, přírodovědu a tak trošičku češtinu.

6. Jaký předmět tě naopak nebaví a proč?

Nejhorší je vlastivěda a ájina. Nejhorší.

7. Chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte do učebny?

No, když mi je blbě, tak na pokoj. A když mi je dobře, tak sem.

8. Učíš se s paní učitelkou sama, nebo je vás více?

No, tak teď se učím tady s <jméno>, ale jinak se učím většinou sama.

9. Píšeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení?

Ne.

10. Dostáváš za svou práci známky?

Jo.

A dostáváš i jiné hodnocení? Třeba slovní?

Ne.

11. Dostáváš domácí úkoly?

Jo, ale ty jsou strašně lehký.

12. Věnuješ se učení i mimo vyučování?

Jo, ale to je všechno hrozně hr hr. A pak už nemusím dělat nic.

13. Je něco, co bys tady na výuce v nemocnici chtěla změnit?

Nene.

14. Baví tě výuka tady víc než ve tvé kmenové třídě? To je třída, kam chodila, než jsi šla sem. Proč?

No, je to lepší, protože je to tady kratší, tam to trvá strašně dlouho. A hlavně tam kluci pořád hrozně zlobili.

Příloha 3 – Přepis rozhovoru 3 (dětský pacient)

Respondent B

Ročník: 5.

Pohlaví: žena

Místo: Učebna

1. Jak se ti tady líbí?

Jo, líbí.

2. Potkala jsi tady nové kamarády?

Jo, celkem hodně.

3. Baví tě výuka? Proč ano nebo proč ne?

Tak je to tak, že se tady víc naučím než v té škole. Protože tam jak nás bylo víc, tak se toho třeba nedalo tolik probrat jako tady.

4. Jaké předměty se tady učíš?

Čestinu, matiku, přírodovědu, vlastivědu, angličtinu.

5. Který z předmětů máš nejraději a proč?

Přírodovědu, protože je taková zajímavá.

6. Jaký předmět tě naopak nebaví a proč?

No matika, protože teď už je to takový těžší.

7. Chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte do učebny?

Spíš sem.

8. Učíš se s paní učitelkou sama, nebo je vás více?

Většinou sama, ale někdy i takhle třeba s <jméno>.

9. Píšeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení?

Ne.

10. Dostáváš za svou práci známky?

Jo.

A dostáváš i jiné hodnocení? Třeba slovní?

Hmm, spíš ne.

11. Dostáváš domácí úkoly?

Občas.

12. Věnuješ se učení i mimo vyučování?

Jo.

13. Je něco, co bys tady na výuce v nemocnici chtěla změnit?

Asi ne.

14. Baví tě výuka tady víc než ve tvé kmenové třídě? To je třída, kam chodila, než jsi šla sem. Proč?

To asi ne.

Ale podle toho, co jsi říkala na začátku, se tady toho víc naučíš.

To jo, ale tam je to prostě třída a baví mě to tam víc třeba i proto, že tam je víc kamarádů, se kterými se známe dýl.

Příloha 4 – Přepis rozhovoru 4 (dětský pacient)

Respondent C

Ročník: 3.

Pohlaví: žena

Místo: Pokoj

1. Jak se ti tady líbí?

Dobře.

2. Potkala jsi tady nové kamarády?

Jo.

3. Baví tě výuka? Proč ano nebo proč ne?

Baví, protože ve škole celkem se na to nemůžu soustředit, protože tam řvou.

4. Jaké předměty se tady učíš?

Český jazyk... Pak matematiku a angličtinu.

5. Který z předmětů máš nejraději a proč?

Český jazyk, protože tam jsou takové různé věci české.

6. Jaký předmět tě naopak nebaví a proč?

Matika, protože je to trochu těžší.

7. Chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte do učebny?

Na pokoj.

8. Učíš se s paní učitelkou sama, nebo je vás více?

Sama.

9. Píšeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení?

Ne.

10. Dostáváš za svou práci známky?

Jo.

A dostáváš i jiné hodnocení? Třeba slovní?

Jen známky.

11. Dostáváš domácí úkoly?

Jo.

12. Věnuješ se učení i mimo vyučování?

Jo.

13. Je něco, co bys tady na výuce v nemocnici chtěla změnit?

Asi nic.

14. Baví tě výuka tady víc než ve tvé kmenové třídě? To je třída, kam chodila, než jsi šla sem. Proč?

Ve třídě mě to baví víc, protože tam jsou kamarádi.

Příloha 5 – Přepis rozhovoru 5 (dětský pacient)

Respondent D

Ročník: 5.

Pohlaví: muž

Místo: Pokoj

1. Jak se ti tady líbí?

Líbí se mi tady hodně, protože tady jsou učitelky hodný a dobře se mi tady s nima učí.

2. Potkal jsi tady nové kamarády?

Jo, určitě.

3. Baví tě výuka? Proč ano nebo proč ne?

Jo, třeba čeština, matika.. Baví mě to prostě proto, že mi to asi jde, ale taky i kvůli tomu, že mi to dokážou ty učitelky dobře říct.

4. Jaké předměty se tady učíš?

Češtinu, matiku, přírodovědu, vlastivědu a angličtinu.

5. Který z předmětů máš nejraději a proč?

Asi matiku, protože...nevím, s číslama mi to jde.

6. Jaký předmět tě naopak nebaví a proč?

Asi úplně ne, všechny předměty jsou takový zajímavý.

7. Chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte do učebny?

Na pokoj.

8. Učíš se s paní učitelkou sama, nebo je vás více?

Spíš sám.

9. Píšeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení?

Možná.. Nevím, asi spíš ne. Nejsem si úplně jistej.

10. Dostáváš za svou práci známky?

Ano.

A dostáváš i jiné hodnocení? Třeba slovní?

Slovní hodnocení ne, spíš známky.

11. Dostáváš domácí úkoly?

Jo.

12. Věnuješ se učení i mimo vyučování?

Jo.

13. Je něco, co bys tady na výuce v nemocnici chtěl změnit?

Asi ne. Akorát, že učitelky většinou přijdou brzo.

14. Baví tě výuka tady víc než ve tvé kmenové třídě? To je třída, kam chodila, než jsi šla sem. Proč?

No, asi bych tu třídu nevyměnil, ale baví mě to tady. Už jen kvůli tomu, že tam mám kamarády a takový...tak bych to nevyměnil.

Příloha 6 – Přepis rozhovoru 6 (dětský pacient) + doplňkový rozhovor

Respondent E

Ročník: 4.

Pohlaví: muž

Místo: Pokoj

1. Jak se ti tady líbí?

Hodně se mi tu líbí, jenom některý vyšetření jsou horší, že mě to bolí.

2. Potkala jsi tady nové kamarády?

Jo.

3. Baví tě výuka? Proč ano nebo proč ne?

Baví mě tu výuka, protože vlastně když mi je blbě, tak se skončí, a když je mi dobře, tak se můžu učit dál.

4. Jaké předměty se tady učíš?

Matiku, češtinu, angličtinu... a to je asi všechno, co jsem tu zatím měl za předměty.

5. Který z předmětů máš nejraději a proč?

Matiku a angličtinu, protože mě baví počítat a angličtina, protože se dozvídám něco nového, jak se to řekne.

6. Jaký předmět tě naopak nebaví a proč?

Čeština, protože musím psát.

7. Chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte do učebny?

Podle toho, jak mi je. Občas jsem tady a občas si mě bere do učebny.

8. Učíš se s paní učitelkou sám, nebo je vás více?

Sám.

9. Pišeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení?

Zatím ne.

10. Dostáváš za svou práci známky?

Jo.

A dostáváš i jiné hodnocení? Třeba slovní?

Taky občas.

11. Dostáváš domácí úkoly?

Jo.

12. Věnuješ se učení i mimo vyučování?

Jo.

13. Je něco, co bys tady na výuce v nemocnici chtěla změnit?

Nic.

14. Baví tě výuka tady víc než ve tvé kmenové třídě? To je třída, kam chodila, než jsi šla sem. Proč?

Tak teď musím přemýšlet... Asi jo. Protože je tu víc srandy a hlavně mě nikdo neotravuje... jako spolužáci nebo tak... při některým psaní.

DOPLŇKOVÝ ROZHOVOR:

Místo: Učebna

15. Minule jsi říkal, že tě výuka tady baví víc než ve tvé kmenové škole. V čem se podle tebe výuka tady v nemocnici liší?

No... V tom, že prostě když mi je blbě, tak nemusím tady čekat, než pro mě přijede mamka, že prostě se skončí a já se potom ještě nemusím učit jakoby ještě v té škole, dodělávat vlastně to, co jsem začal.

16. A kdybys mohl sám navrhnout, jak by učení tady v nemocnici mělo probíhat, tak co bys navrhoval?

Vůbec se neučit.

Takže nejradši by ses tu neučil vůbec?

Jo. Asi jediný, co mě tu baví, tak je to tvoření. A to bych tu asi nechal.

17. A jak často jsi za svou práci tady hodnocený?

No... Podle toho, jak mi je, jak to vypadá...

18. A minule jsi taky říkal, že se učení věnuješ i mimo vyučování... A s kým se učíš?

S mamčou. A nebo jedeme za mojí paní učitelkou a ta nám dá nějaký sešity nebo něco, co jsme prostě dělali, abych se to mohl doučit.

Takže jsi v kontaktu i s paní učitelkou ze svojí školy?

Jo.

19. A kdybys měl někomu, koho by čekal dlouhodobý pobyt v nemocnici vysvětlit, jak to tady chodí v rámci školy, tak co bys mu řekl? Kdyby vůbec neměl představu...

Asi že se ničeho nemusí bát. Jako kdyby někam šel na nějaký zákrok, a že škola je tu docela dobrá. Že to není tak hrozné jako třeba v tamté škole.

Ve tvé kmenové škole?

No...

Takže by se měl spíš těšit na tu výuku tady?

Jo...

A proč?

Protože se tu učí třeba jenom dvě hodinky, což je míň jak v tamté kmenové škole, což je čtyři až pět hodin.

Příloha 7 – Přepis rozhovoru 7 (dětský pacient)

Respondent F

Ročník: 2.

Pohlaví: žena

Místo: Učebna

1. Jak se ti tady líbí?

Mně se tady líbí, protože se tady naučím víc než normálně ve škole. Protože se mi ta učitelka věnuje. Takhle se věnuje celý třídě a takhle se věnuje jenom mně.

2. Čím ještě se výuka tady podle tebe liší?

No já nevím...

3. Potkala jsi tady nové kamarády?

Jo.

A máš možnost s nimi trávit nějaký čas?

No... Spíš ne.

4. A baví tě výuka?

Jo.

A proč tě baví?

Já to neumím takhle jako říct... To neumím jako vysvětlit.

Nebo je jediný důvod ten, který jsi říkala na začátku? Že se ti tady paní učitelka víc věnuje?

Přesně tak...

5. A jaké předměty se tady učíš?

Nejvíce matematiku a češtinu... To asi nejvíce...

A ještě nějaké předměty?

No prvuouku spíš dělám doma, že já tady spíš probírám češtinu a matematiku.

6. A který z předmětů máš nejraději a proč?

Matematiku...Protože mě to baví.

7. A je nějaký předmět, který naopak nebaví?

Čeština.

A proč?

Protože já nerada čtu.

8. A chodí paní učitelka za tebou na pokoj tě učit, nebo chodíte sem do učebny?

Jak kdy... Někdy na pokoji a někdy do herny.

A na čem to záleží?

Záleží, když se tady třeba někdo učí jinej... A nebo jak mi je.

9. A učíš se s paní učitelkou sama, nebo je vás víc?

Jenom já.

10. Píšeš někdy test? Nebo máš nějaké ústní zkoušení?

To ne.

11. A dostáváš za své známky nějaké hodnocení? Třeba známky?

Jo.

A dostáváš i slovní hodnocení?

Ne.

A jak často jsi hodnocena?

Vždycky když něco třeba udělám doma, tak mi to oznámkuje. A nebo když třeba mí dá nějakou věc, abych ji udělala sama, tak mi ji taky oznámkuje.

12. Dostáváš domácí úkoly?

Ne, to ne.

13. A věnuješ se učení i mimo vyučování tady ve škole?

Jo... No tady spíš v tý nemocnici ne, ale jinak doma se snažím.

A s kým?

S mamkou.

14. A kdybys mohla sama navrhnout, jak by škola tady v nemocnici mohla vypadat, tak co bys navrhla?

Mně se to docela líbí takhle.

15. A kdybys měla někomu, koho by čekal dlouhodobý pobyt v nemocnici říct, jak tady ta výuka probíhá a ten člověk by vůbec neměl představu, jak bys mu to popsala?

Asi tak, že... Aspoň já to tak dělám, že vždycky paní učitelka přijde, a když mi je prostě dobře, tak se s ní jdu učit, a když není, tak se s ní nejdu učit, když mi není moc dobře.